

# Den flertydige kroppen i møte med fedmereduserende kirurgi

*En kvalitativ studie av kvinner og menns erfaringer i tiden etter  
gastric-bypassoperasjon*

**Anne Lise Hustadnes**



Master i helsefagvitenskap

Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo 2012

## Forord

Med min masteroppgave i helsefag avslutter jeg en interessant og lærerik tid ved Seksjon for helsefag ved UiO. Å skrive masteroppgave har vært en lærerik, men også til tider smertefull prosess. Å være i full jobb og mobilisere energi til å jobbe med oppgaven på kveldstid, helger og ferier, gjør at jeg nå føler en enorm lettelse og glede for over å ha fullført oppgaven.

En stor takk til de som stilte opp og lot seg intervju. Fedme og opplevelser rundt egen kropp er et tema det kan være vanskelig å snakke om. Velvilligheten til å dele av deres erfaringer har muliggjort dette prosjektet. Deres historier har berørt meg, og tatt mye plass i mine tanker. Jeg håper inderlig det går bra med dere og at dere har fått det livet dere har håpet på!

En stor takk til dere som har vært mine veiledere og hjulpet meg på veien. Først og fremst Elisabeth Fransson som har fulgt meg de siste to årene og gitt meg nødvendige innspill og konstruktive tilbakemeldinger slik at jeg har kommet i mål. Din tålmodighet og ordene om at du var der selv i perioden når oppgaveskriving og full jobb krevde mer energi enn jeg hadde, har vært utrolig viktig for meg. Takk til Gro Rugseth som vekket min interesse for feltet og var inspirator i starten av prosjektet. Takk til Grethe Støa Birketvedt som åpnet opp, introduserte meg for og ga meg tilgang til feltet, og siden villig har delt av sine erfaringer. Og takk til May Solvig Fagermoen for at du i en periode delte av din klokskap, erfaring og evne til systematisk arbeid.

Takk til alle dere gode kollegaer som har vist forståelse, støttet meg og gitt av deres tid når jeg har trengt det som mest i avslutningsfasen. Dere har betydd utrolig mye for meg!

Til slutt en stor takk til familie og venner som aldri mistet troen på at prosjektet mitt skulle bli ferdig. Dere har fått mindre oppmerksomhet enn dere fortjener, og jeg gleder meg til å tilbringe mer tid sammen med dere!

Oslo, mai 2012

Anne Lise Hustadnes

## Sammenheng

**Bakgrunn:** Overvekt og fedme er et økende problem i Norge som i resten av verdenen. Mange som sliter med ekstrem fedme ønsker å gå ned i vekt, men behandling som bygger på livsstilsintervensjoner (råd om diett, fysisk aktivitet, kognitiv tilnærming) har vist seg å ha liten effekt denne gruppen pasienter. I lys av dette søker stadig flere om fedmereduserende kirurgi, og dette er en raskt voksende gruppe pasienter ved norske sykehus.

**Hensikt:** Denne studien har fokus på personer som har gjennomgått en gastric-bypass-operasjon (GBP-operasjon). Hensikten er å få en innsikt i hvordan de selv erfarer tiden i etterkant av kirurgi, og hvordan de takler utfordringer de møter i sitt daglige liv.

**Metode:** Studien har en kvalitativ tilnærming, og det empiriske materialet er fremkommet i dybdeintervju med fire kvinner og to menn. Analysen er tematisk, analysert og tolket med utgangspunkt i en fenomenologisk og kulturell ramme, og er inndelt i fire hovedkapitler: 1) Veien frem mot operasjon 2) Spisingen blir et eget prosjekt 3) En lettere hverdag 4) En usikker vei videre

**Resultat:** Før kirurgi beskriver deltagerne en "tung" hverdag. De har utviklet sykdommer relatert til fedmen, og kroppen oppleves som et hinder både i livsutfoldelse og sosialt liv. På intervju tidspunktet beskriver deltagerne en tilværelse de er mer fornøyd med. Samtidig forteller det empiriske materialet at mange har stått og fremdeles står ovenfor store utfordringer. GBP-operasjonen medfører dramatiske endringer i mat- og spisevaner og et raskt vekttap. De må tilpasse seg et strikt matregime for å unngå ubehag i forbindelse med måltidene, samtidig synes dette å gi de en kontroll de tidligere har savnet. De har gjennomgått et raskt og betydelig vekttap, og en lettere kropp gjør hverdagen lettere. Stereotype holdninger har avtatt, de lever et mer aktivt og sosialt liv, og de snakker annerledes om seg selv og egen situasjon i etterkant. Men selv om mye blir bedre, kan endring av mangeårige levevaner også erfares som et tap. Samtidig erfarer de å stå ovenfor nye utfordringer. Funn i studien antyder at å endre levevaner ikke kan sees isolert fra den enkeltes egen livshistorie, forhold til familie, venner og andre. Flere erfarer at det er lett å falle tilbake i gamle vaner. Mange av problemene de hadde før kirurgi består, og når vekttapet induisert av kirurgi stopper opp, dukker igjen en redsel og usikkerhetsfølelse om de vil klare å opprettholde nødvendige endringer over tid opp. De etterlyser en tett oppfølging i tiden fremover, og for

flere synes det å være nødvendig med et individuelt tilpasset behandlingsopplegg for å mestre utfordringene de står ovenfor i tiden fremover.

**Konklusjon:** GBP-operasjon forårsaker et raskt vekttap, men gir ingen garantier om fremtiden. Enkelte opplever å stå ovenfor store utfordringer, og fremtiden synes uvisst.

**Keywords:** Obesity, weight loss surgery, weight stigma, bias, qualitative method

## Summary

**Background:** Overweight and obesity is an increasing problem in Norway, as worldwide. Lifestyle modifications (dietary advice, physical activity and cognitive therapy), do not appear to alter extreme obese persons' expectations for weight loss, and the number of patients who undergo bariatric surgery increase rapidly in Norwegian hospitals.

**Objective:** This study focuses on persons who have undergone a gastric-bypass procedure (GBP-operation), and aim to gain knowledge about their own experiences; how they manage lifestyle changes and challenges they meet in their daily life after surgery.

**Method:** The study uses a qualitative approach and the empirical material is carried out in-depth-interviews with four women and two men. The data are organized thematic, analyzed and interpreted using a phenomenological and cultural frame with particular emphasis on perspectives that includes the body. Four main themes are found: 1) Why do they want to undergo weight loss surgery? 2) How eating habits and food preferences change after surgery 3) The impact of weight loss and how the individuals experience body changes 4) Facing an uncertain future.

**Results:** Before surgery the participants describe their daily life as tiresome and hard. They have developed diseases related to obesity and the body is a hinder in their daily physical, emotional as well as social life. After surgery the participants are more satisfied with their own life. The health status has improved, the confidence has grown, and they talk different about their own life compared to the life before bariatric surgery. However, the empirical data tell us

that some of them are still facing challenges. GBP-operation includes dramatic changes in food and eating habits. They are “forced” to eat less to avoid negative side effects and some of them even mention having attained a feeling of control of food intake and food preferences they never had before. The participants undergo a rapid weight loss. A smaller body makes it easier to perform daily activities. They feel more socially accepted, and their life among friends and family feels easier. But changing old habits seemed to be difficult, and can’t be carried out isolated from the individuals’ own life history and environment. The changes can to both themselves and others be experienced as strange and different, and some of them even describe their life of being in a kind of sadness as they can’t eat what they want anymore. The study shows that some of the participants are in a need of help and support to cope with the adjustments after surgery. They also need an individual adapted follow-up regime.

**Conclusion:** Although weight loss surgery seems to be the only proven way for morbidly obese patients to lose weight and keep it off, it is a “tool” not a “magic cure”. The participants are still facing challenges and they experience their future to be uncertain and unpredictable.

**Keywords:** Obesity, weight loss surgery, weight stigma, bias, qualitative method

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>1. TEMAETS AKTUALITET .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 BEGRUNNELSE FOR STUDIENS PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING.....</b>	<b>14</b>
<b>2. SYKELIG FEDME OG OVERVEKT - BARIATRISK KIRURGI – EN INTRODUKSJON TIL FELTET.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 FAKTORER SOM SETTES I SAMMENHENG MED DAGENS VEKTUTVIKLINGEN .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 KMI OG HELSEFARLIG OVERVEKT OG FEDME .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 SYKELIG FEDME OG PERSONLIGE KONSEKVENSER.....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 KIRURGISK BEHANDLING AV SYKELIG FEDME.....</b>	<b>19</b>
2.4.1 <i>Gastric-bypass-operasjon .....</i>	<i>20</i>
2.4.2 <i>Kostråd og dietter.....</i>	<i>21</i>
2.4.3 <i>Startkurs .....</i>	<i>22</i>
2.4.4 <i>Oppfølging og forventede resultater.....</i>	<i>23</i>
2.4.5 <i>Et kritisk blikk på bariatrisk kirurgi .....</i>	<i>23</i>
<b>3. TEORETISKE PERSPEKTIVER .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 INNLEDNING .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 MAURICE MERLEAU-PONTY (1905-1961).....</b>	<b>26</b>
3.2.1 <i>Livsverdenen.....</i>	<i>27</i>
3.2.2 <i>Levd kropp.....</i>	<i>28</i>
3.2.3 <i>Levd tid.....</i>	<i>30</i>
<b>3.3 HELSE OG SYKDOM I ET FENOMENOLOGISK PERSPEKTIV.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4 ET TIDSBILDE AV DEN KULTURELLE OG LEGITIME KROPPEN.....</b>	<b>32</b>

---

3.4.1	<i>Fedme, kroppskontroll og moral .....</i>	34
3.4.2	<i>Refleksjoner i etterkant av kulturell ramme.....</i>	35
<b>4.</b>	<b>METODISK TILNÆRMING .....</b>	<b>36</b>
4.1	KUNNSKAPSINTERESSE OG METODEVALG .....	36
4.2	KVALITATIV METODE OG KVALITATIVT INTERVJU.....	37
4.3	FORSKERROLLEN .....	37
4.4	REKRUTTERING AV INFORMANTER.....	39
4.5	PRESENTASJON AV INFORMANTENE .....	40
4.6	INTERVJUPROSESSEN.....	41
4.6.1	<i>Konteksten rundt intervjuene .....</i>	42
4.7	TRANSKRIPSJON .....	45
4.8	ANALYSE OG TOLKNING AV DATAMATERIALET .....	45
4.9	REFLEKSJONER I ETTERKANT AV INTERVJUENE .....	48
4.10	VURDERING AV STUDIENS VALIDITET OG RELIABILITET .....	49
4.11	ETISKE OVERVEIELSER.....	51
4.12	PRESENTASJON AV ANALYSEN OG DATAMATERIALET .....	51
<b>5.</b>	<b>VEIEN FREM MOT OPERASJON .....</b>	<b>54</b>
<b>6.</b>	<b>SPISINGEN BLIR ET EGET PROSJEKT .....</b>	<b>56</b>
6.1	FØRSTE TIDEN – EN SJOKKARTET OPPLEVELSE.....	56
6.2	UBEHAG I FORBINDELSE MED MÅLTIDER .....	58
6.3	METTHET OG SULT .....	63
6.3.1	<i>Berit og hennes opplevelse av et vedvarende sug .....</i>	66
6.4	Å SPISE ANNERLEDES – ET TVETYDIG PROSJEKT .....	68

6.5	TRØSTESPISING – Å "SVELGE" NED UHÅNDTERLIG FØLELSER MED MAT .....	72
6.6	VEKTTAPET STOPPER OPP OG SELVRANSAKELSEN STARTER.....	75
6.7	MATSORG – EN SORG OVER MATEN ELLER EN SORG OVER Å VÆRE I ENDRING? .....	77
7.	EN LETTERE HVERDAG .....	79
7.1	ALT HAR BLITT ENKLERE – SELVTILLITTEN BEDRE.....	79
7.2	DET ER LETTERE Å BEVEGE SEG, OG DET GJØR HVERDAGEN ENKLERE. ....	81
7.2.1	Å komme i bedre form har vært en vinn-vinn-situasjon for hele familien .....	83
7.3	KROPPEN VIRKELIGGJØR EKSISTENSEN.....	84
7.4	Å HA ET TILNÆRMET NORMALT UTSEENDE, ER VIKTIG I ET KROPPSFIKSERT SAMFUNN....	85
7.4.1	Eget og andres blikk – en tvetydig erfaring .....	85
7.4.2	Å ha en kropp som er "tilpasset" omgivelsene er praktisk... ..	86
7.4.3	Kropp som objekt og kropp som subjekt .....	87
7.5	Å FØLE SEG FREMMED I EGEN KROPP.....	88
7.5.1	Å ta imot komplimenter kan være en utfordring .....	90
7.5.2	Vanskelige tilbakemeldinger .....	91
7.6	LØSHUDEN BLIR ET NYTT PROBLEM.....	93
8.	EN USIKKER VEI VIDERE.....	96
8.1	GAMMEL VANE ER VOND Å VENDE .....	98
8.2	AMBIVALENTE ERFARINGER .....	99
9.	AVSLUTNING.....	101
9.1	KONTROLLER OG BEHOV FOR OPPFØLGING .....	105
9.2	KAN UNDERSØKELSEN BETY NOE FOR KUNNSKAPEN PÅ FAGFELTET? .....	107
10.	KILDELISTE .....	110



---

<b>10.1</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>116</b>
-------------	----------------------	------------

## 1. Temaets aktualitet

Overvekt og fedme viser en alarmerende økning over hele verden (WHO 2000), og tall viser at Norge følger den internasjonale trenden. Gjennomsnittsvekten øker i alle grupper av befolkningen over hele landet, uansett alder og kjønn. Når vekten øker, øker også antall personer med fedme. Tall fra folkehelseinstituttet viser at mens forekomsten av fedme var nærmest uendret fra 1960 årene til 1980 årene for 40-45-åringene, har den mer enn doblet seg de siste 20 årene. I dag antas hver femte nordmann å være fet, og hver 50. å ha sykkelig fedme<sup>1</sup>. Dette innebærer at anslagsvis 600 000 voksne nordmenn mellom 20-70 år er fete, hvorav 60 000 har sykkelig fedme (Ulseth m.fl 2007, Hjelvesæth 2007a, Hjelvesæth 2007b). Utviklingen er bekymringsfull, og overvekt og fedme er satt på dagsorden av norske helsemyndigheter. Det snakkes om et folkehelseproblem som kan få alvorlige konsekvenser for helse og velferd (Elvebakken 2002).

Overvekt og fedme gir økt risiko for utvikling av andre lidelser. De vanligste sykdommene som er assosiert med fedme er diabetes type 2, høyt blodtrykk, hjerte-karsykdommer, hjerneslag, anstrengelsesutløst astma, søvnapnoe (gjentatte episoder med avbrutt pust under søvn), ledd- og ryggplager, gallestenssykdom, inkontinensproblemer, visse kreftformer og infertilitet. Fedmerelatert sykdom kan og forårsake tidlig død (RRHF 2007, Sjøvik m.fl 2007, Aasheim m.fl.2007, Nilsen m.fl 2003). Det hevdes også at redusert livskvalitet<sup>2</sup>, depresjon og uførhet er vanligere blant folk med fedme enn ellers i befolkningen (ibid). Hvis man ikke klarer å snu utviklingen, antas det at stadig flere vil lide av nevnte sykdommer enn det som er tilfellet i dag. Sykdommer som er assosiert med fedme reverseres ofte når pasienter går ned i vekt. Det anses derfor viktig å behandle fedme (ibid).

Mange har akseptert og lever godt med sin fedme, mens andre har et sterkt ønske om å gå ned i vekt. Bekymringer rundt egen vekt og helse kan ødelegge både livsglede og livskvalitet for mange. Praktiske hindringer i dagliglivet, psykososiale problemer, og opplevelsen av

---

<sup>1</sup> For definisjon av overvekt, fedme og sykkelig fedme se kap. 2.1.

<sup>2</sup> Livskvalitet er et omstridt begrep det stadig refereres til i medisinsk forskning. Livskvalitet knyttes oftest til pasienters subjektive opplevelse av sin situasjon, men begrepet har ikke et presist innhold og anbefales benyttet med varsomhet (Wyller 1998). Når begrepet benyttes i denne studien, inngår det i sammenhenger der personer gjør en subjektiv helhetsvurdering av sin livssituasjon, uten at bestemte kriterier for begrepet ligger til grunn.

fordommer og stigmatisering, fører til at mange isolerer seg og trekker seg vekk fra sosiale aktiviteter (Våge 2007, Aasheim m.fl 2007, RRHF 2007).

I tråd med den økende vektutviklingen er det nesten daglig oppslag i media og kulørt ukepresse om fedmens skadevirkninger, og slankeindustrien og fitnessbransjen har gode tider. Utallige dietter og treningsopplegg tilbys den som ønsker seg hjelp til å gå ned i vekt. Samtidig fremstilles vektreduksjon som lett å få til. Det er budskap som får betydning for personer med overvekt og fedme. Noen prøver i desperasjon den ene kuren etter den andre, men til tross for at de går ned et betydelig antall kilo, har de problemer med å opprettholde vekttapet over tid. Mange har erfart at mirakelkurene ikke virker og at de over tid går opp i vekt i stedet for ned, noe som ikke var ønsket i utgangspunktet (Bonsaksen m.fl 2011).

Overvekt og fedme var lenge ansett som et personlig problem, og før 2004 var det ikke noe offentlig medisinsk behandlingstilbud til personer med overvekt og fedme i Norge (Hjelmesæth og Sandbu 2010). Dette er senere endret. I 2004 påla Helsedepartementet helseforetakene å opprette behandlingstilbud for pasienter med stor fedme, og i 2005 var det etablert regionale kompetansesentra i alle helseforetak. De har opprettet behandlingstilbud som omfatter både livsstilsendring, medikamentell behandling og fedmereduserende kirurgi. De regionale sentrene er i tillegg pålagt forskning og å samle inn og dokumentere resultater fra de ulike behandlingstilbudene (Shdir 2004).

For gruppen pasienter med sykelig fedme har intensive livsstilsopphold i rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner med fokus på konvensjonell behandling, dvs. kostveiledning, fysisk aktivitet, adferdsendring og medikamenter, vist seg å gi gode resultater på kort sikt, men mange faller tilbake til gamle vaner og vekt allerede ett år til to år etter livsstilsopphold (Shdir 2004). I motsetning til skuffende resultater fra konvensjonell behandling, viser resultater fra fedmereduserende kirurgi til overveiende positive resultater. Studier rapporterer om tilfredsstillende vekttap over tid, bedring i helserelatert livskvalitet og økt livslengde (Sjøstrøm m.fl. 2004, Søvik m.fl 2007, Aasheim 2010). Flere pasienter har stått frem i media og underbygget disse resultatene. Det er lett å tenke at for at mange av de som lider av stor fedme og har kjempet i mange år med å gå ned i vekt, fremstår slike reportasjer som rene mirakelhistorier.

I tråd med nevnte resultater har kirurgisk behandling av sykelig fedme gått inn i en ny epoke. I 2004 ble det utført rundt 300 fedmeoperasjoner ved norske sykehus, mens det i 2010 ble

utført anslagsvis 2000 (Hofsø m.fl 2011). Antall operasjoner forventes stige ytterligere både ved offentlige og private sykehus i årene som kommer.

## 1.1 Begrunnelse for studiens problemstilling og forskningsspørsmål

Det er kjent at fedmereduserende kirurgi medfører en stor omveltning i livet til den det gjelder, både når det gjelder endringer i spisevaner og spisemønster og kroppslige endringer (Shdir 2004, Hout m.fl 2006). Mens de fysiologiske virkningene av fedmereduserende kirurgi er vel dokumentert, er de subjektive mindre utforsket. Siden en subjektiv bedring i egen livssituasjon anses å være viktige mål når resultater av fedmereduserende kirurgi presenteres, hevdes det at disse bør vies større oppmerksomhet (Oria 1998, Hout m.fl 2006). Min interesse inn i dette fagfeltet er ikke bare hva som blir bedre, men også ulike erfaringer enkeltpersoner har gjort seg og utfordringer de opplever å stå ovenfor i sitt daglige liv i etterkant av kirurgi.

Under det kirurgiske inngrepet blir magesekkens volum redusert til en liten lomme, og deler av tarm settes ut av funksjon<sup>3</sup>. Den det gjelder blir pålagt å følge et strikt matregime og fratas muligheten til å spise større mengder mat når og hvor de ofte vil. Mange opplever ubehag i form av ”dumping syndrom”<sup>4</sup>, sure oppstøt, oppkast, luftplager, diaré, malabsorpsjon (mangelfullt opptak av næringsstoffer i tarm) med mer (RRHF 05). Dette er endringer og ubehag de må være forberedt på å takle og leve med. Det er grunn til å tro at de som gjennomgår kirurgi må lære seg både å spise og tilnærme seg mat på en ”ny” måte. I studien søker jeg innsikt i hvordan deltagerne erfarer endringene i sin hverdag, og hvilke utfordringer de opplever å stå ovenfor.

De fleste som gjennomgår fedmereduserende kirurgi opplever et raskt vekttap. Det er vanlig å miste 60-80% av overvekten ( $KMI > 25 \text{ kg/m}^2$ ), og det største vekttapet kommer første året (Aasheim m.fl 2007, Buchwald m.fl 2004). Hvis man er 180 høy og veier 160 kg, utgjør dette et vekttap på anslagsvis 50-65 kg. Kroppen blir lettere og utseendet endrer seg. Dette er endringer som antas å få betydning både når det gjelder opplevelse av egen kropp, men også

---

<sup>3</sup> Kirurgisk behandling av sykelig fedme og metoden gastric-bypass som jeg her henviser til, blir omtalt i kap. 2

<sup>4</sup> Dumping omtales i kap. 2.4.1

egenkroppen i relasjon til andre. Jeg er nysgjerrig på hvordan det erfares å være i en kropp som gjennomgår så store endringer på kort tid, og hvilken mening de tillegger disse i sitt daglige liv.

Forut for og etter operasjonen stilles det krav til egeninnsats og omlegging av levevaner. De det gjelder får klare anbefalinger om kosthold, matvaner og fysisk aktivitet som de må følge. Samtidig understrekes det at det er viktig å ikke ha urealistiske forventninger til hva operasjonen kan gjøre med livet til den enkelte (Steen m.fl 2005). Operasjon anses å være et kraftig virkemiddel for å komme i gang med en rask vektreduksjon, men kan kun betraktes som en hjelp til selvhjelp. Fedmereduserende kirurgi er med andre ord heller ingen mirakelkur, det kreves endringsprosess, viljestyrke og samarbeid for å holde vekten nede etter noen år (ibid). Omlegging av levevaner har fedmeopererte forsøkt flere ganger tidligere uten å lykkes. Det vil være interessant å undersøke hvilke erfaringer de har gjort seg når det gjelder å etterleve og innfri disse forventningene, og tanker de gjør seg om dette i fremtiden.

Et viktig utgangspunkt for å gi hjelp og støtte, er innsikt i virkeligheten den andre opplever. Det krever at helsepersonell er nysgjerrige på og kjenner til pasienters erfaringer med å leve i en kropp med fedme, og hvilke utfordringer de møter i dagliglivet etter fedmereduserende kirurgi. For å vinne innsikt i disse erfaringene, har jeg kommet frem til følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Hovedproblemstilling:

*Hvilke erfaringer trekker kvinner og menn frem som betydningsfulle i etterkant av fedmereduserende kirurgi?*

Prosjektet har følgende sentrale forskningsspørsmål:

1. Hvordan erfares kroppen i etterkant av fedmereduserende kirurgi og hvilken betydning får endringene i spisemønster og matvaner i deres daglige liv?
2. Hvordan erfares egenkroppen i etterkant av vektreduksjonen, og hvilken betydning får endringene når det gjelder eget og andres blikk på seg selv?
3. Hvilke utfordringer opplever de å stå ovenfor?

Når jeg i forskningsspørsmålene over bruker uttrykket kropp, tenker jeg på den erfarte og fenomenale<sup>5</sup> kroppen slik den viser seg for meg eller oppleves av meg og andre. Den

---

<sup>5</sup> Fenomen kommer fra det greske ordet *faionai* som betyr ”jeg viser meg” (Duesund 2001:29)

fenomenale kroppen er en erfarende kropp, kontekstbundet, sosial og kulturell på samme tid (Duesund 2001, Engelsrud 2006).

I forskningsspørsmål 1) tenker jeg først og fremst på hvilken betydning anatomiske endringer påført under kirurgi, får betydning for hvordan kroppen erfares i etterkant. I

forskningsspørsmål 2) brukes betegnelsen egenkroppen. Egenkroppen henspeler til den fenomenale kroppen slik den oppleves av den enkelte.

For å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene, har jeg intervjuet seks personer, fire kvinner og to menn, 12-19 måneder etter gjennomgått kirurgi. Med utgangspunkt i deres fortellinger, søker jeg å løfte frem og belyse betydningsfulle erfaringer og utfordringer de har stått og står ovenfor i sitt daglige liv.

### **Avgrensning:**

Problemstillingen er ”vid” i betydning av at den kan favne mye. Oppgavens innhold begrenses til å omfatte erfaringer deltagerne gjør seg knyttet til endringer og utfordringer i forhold til spisemønster -vaner og kroppslige endringer. Den personlige og relasjonelle kroppen er i fokus, og hvordan den knyttes til mening og konkret erfaring.

Både kvinner og menn deltar i studien, men forskjeller i kvinner og menns kroppsforståelse tematiseres ikke i studien. Dette betyr ikke at jeg opptrer med et kjønnsnøytralt kroppsbegrep, men i oppstarten av studien og under intervjuene hadde jeg ikke dette som fokus og tema. Underveis i arbeidet med studien og lesing av litteratur, har jeg sett at resultater i det empiriske materialet indikerer at dette kunne vært et interessant tema. Jeg har likevel ikke funnet plass til å ha dette som et gjennomgående tema.

## **1.2 Oppgavens videre oppbygning**

Kapittel 2 gir en introduksjon til feltet overvekt, fedme og bariatrisk kirurgi. Gastric-bypass-operasjonen (heretter GBP-operasjon) og behandlingsopplegget rundt denne beskrives. For å skape innsikt i behandlingsopplegget rundt operasjonen, presenteres i korte trekk informasjon og kursopplegg som gis i forkant av inngrepet. Kapitlet er forholdsvis omfattende. Jeg mener det likevel kan forsvares fordi inngrepet forårsaker kroppslige endringer som de må forholde seg til og ha et bevisst forhold til resten av livet.

Kapittel 3 redegjør for oppgavens teoretiske forståelsesramme. Studien er inspirert av en fenomenologisk innfallsvinkel, og den franske fenomenologen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) og hans syn på kroppen som levd erfaring vies en sentral plass. Et fenomenologisk syn på helse og sykdom presenteres. For å belyse de kulturelle prosesser som informantenes erfaringer veves inn i, avsluttes kapitlet ved å gi et tidsbilde av den legitime kroppen slik den fremstilles i vår kultur.

Kapittel 4 redegjør for metodiske og analytiske valg. I studien benyttes kvalitativ metode og intervju i innsamling av materialet. Det redegjøres for forskerens rolle og betydning i frembringelse av det empiriske materialet. Informantene presenteres. Det redegjøres for intervjuprosessen samt konteksten intervjuene foregår i. Analysen bygger på hva Kvale (2004) kaller en *ad hoc* meningsgenerering, og det er valgt en analyseform som bygger på tematisering. Kapitlet inneholder også refleksjoner gjort i etterkant av intervjuene, og betraktninger rundt studiens validitet og reliabilitet.

Kapittel 5 – 8 presenterer studiens funn. Empirikapitlet er delt i fire kapitler. Kapittel 5 gir et kort innblikk i bakgrunnen for informantenes ønske om operasjon. Kapittel 6 omhandler erfaringer og utfordringer deltagerne trekker frem når det gjelder endring i spisemønster og –vaner, fra den første tiden og frem til intervjutidspunktet. Informantene gjennomgår et raskt vekttap og kapittel 7 tar for seg betydningen av å ha fått en lettere kropp. Kapittel 8 tar for informantene tanker om fremtiden og hva de beskriver som ”en usikker vei videre”. Drøfting av funnene gjøres underveis.

Kapittel 9 Avslutning: Viktige funn i studien løftes frem, og betydningen de kan ha for kunnskapen som finnes på fagfeltet i dag. Det gis i tillegg forslag til temaer som bør utforskes videre.

## **2. Sykelig fedme og overvekt - bariatrisk<sup>6</sup> kirurgi – en introduksjon til feltet**

Dette kapitlet gir en introduksjon til feltet overvekt, fedme og bariatrisk kirurgi og tar for seg nyere kunnskap om feltet som anses å være viktig for å belyse problemstillingen.

### **2.1 Faktorer som settes i sammenheng med dagens vektutviklingen**

Antall personer med overvekt og fedme i Norge er økende, men årsaken til denne vektutviklingen synes å være sammensatt (RRHF 2007). Regulering av kroppsvekt foregår som et komplekst samspill mellom et stort antall fysiologiske mekanismer, ulike gener, levevaner og miljø (Shdir 2004). Det synes å være enighet om at den raskt økende vektutviklingen ikke kan forklares ut i fra biologiske faktorer og genetikk alene, men må sees i sammenheng med endringer i miljø og levevaner (Hdir 2010). I Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) sin rapport 1/2000 *Vekt - Helse* slås det fast at mens genene tillater individene å bli fete, bestemmer omgivelser og levevaner om individene blir fete.

Norge har de siste 50 årene gjennomgått store samfunnsmessige endringer. Dette gjelder også matvaner og fysisk aktivitet. En økende mekanisering av arbeidslivet, utbygging av kollektivnett og privatbilisme, stadige flere tekniske hjelpemidler i hjemmet, trådløse telefoner og nettbank gjør at den daglige fysiske aktiviteten og behovet for å bevege seg har blitt betydelig redusert. I tillegg bruker stadig flere både voksne og barn mye av fritiden foran en PC- eller TV-skjerm. Nordmenn flest liker å tenke på seg selv som et aktivt folkeslag, men det kan stilles spørsmål om dette fortsatt er tilfelle. I dag foregår 28 % av reiser under 1 km og hele 61 % av reisene mellom 1-3 km med bil (Hdir 2010), og kun hver femte voksne nordmann oppfyller helsedirektoratets anbefalinger om i gjennomsnitt 30 minutters daglig moderat fysisk aktivitet (Hdir 2011).

---

<sup>6</sup> Bariatrisk kirurgi er et fellesnavn for ulike typer kirurgisk inngrep foretatt på mage eller tarm som har til hensikt å fremkalle vektreduksjon (RRHF 2007). Vektreduserende kirurgi, fedmereduserende kirurgi, vektoperasjon og slankeoperasjon, vektoperasjon, er alle uttrykk som brukes for bariatrisk kirurgi



I takt med globaliseringen, økt reisevirksomhet og en bedre økonomi, har norske matvaner endret seg de siste tiårene. En større del av maten vi spiser er halvfabrikata og fastfood-mat. Det er mat som kjennetegnes av å være energirik og ha et høyt fett- og/eller sukkerinnhold. Kveldsåpne butikker, kafeer og gatekjøkken gir tilgang på mat døgnet rundt. Bakervarer, pølser og hamburgere har blitt viktige salgsvare på bensinstasjoner, steder som før ikke ble forbundet med matsalg. Dette er mat som spises mens en er på farten. Ofte spises likevel et fulllverdig måltid når en kommer hjem eller frem til bestemmelsesstedet. Middagsporsjoner og tallerkener har blitt større, det samme gjelder sjokoladeplater, potetgullposer, is, sukkerholdige leskedrikker med mer (SEF 2000, Hdir 2010). Det synes som om vi lever i et fedmefremmende miljø som påvirker valgene vi tar. Å spise og kose seg er ikke noe man bare gjør til måltidene, men også noe en gjør når en kjører bil, sitter foran TV-skjermen eller PC-en og i bilen på vei til eller hjem fra jobben.

## 2.2 KMI og helsefarlig overvekt og fedme

Hva som regnes som en ideell vekt har variert opp igjennom historien, og knyttes både til kultur, kroppsideal og helse (Elvebakken 2002). Det letes stadig etter gode mål for å beskrive overvekt og fedme. Body Mass Indeks (BMI), på norsk kroppsmasseindeks (KMI), beskriver vekt i forhold til høyde. KMI benyttes internasjonalt for å følge vektutviklingen i en befolkning, og for å kunne måle og sammenligne helserisiko ved f.eks normalvekt og ulike grader av fedme. WHO har gjort følgende vurdering av sammenhengen mellom KMI og helserisiko for voksne, og kommet frem til følgende definisjoner og klassifiseringer:

KMI: < 18.5 = undervekt

18.5 – 24.9 = normalvekt

25,0 – 29,9 = overvekt., lett risikoøkning

30,0 – 34,9 = fedme grad I, moderat risikoøkning

35,0 – 39,9 = fedme grad II høy, kraftig risikoøkning

40 = fedme grad III, svært høy, ekstrem risikoøkning

**Tabell 1** : Kilde WHO 2000

Det fremgår av tabellen øker risikoen for utvikling av alvorlig sykdom relatert til fedme markant ved  $KMI > 30$ , og ved økende grad av fedme. Innen fagmiljøet brukes betegnelsen superobese for personer med  $KMI > 50$ , og det er spesielt bekymringsfullt at stadig flere også passerer denne grensen (Bray 2004, Ulseth m.fl 2007, Rössner 2008, Aaheim 2010).

Sykelig fedme/sykelig overvekt defineres som  $KMI \geq 40$  eller  $KMI \geq 35$  ved alvorlig vektrelatert følgesykdom (RRHF 2007). Overvekt er et diffust begrep som kan dreie seg om alt fra en til et betydelig antall kilo. Jeg vil presisere at denne studien omhandler personer med *sykelig fedme*. Begrepene fedme og overvekt brukes ofte om hverandre, men det er først ved fedme grad III og grad II med tilleggsykdom at fedmen omtales som en *sykelig* tilstand.

KMI som eneste målemetode har flere svakheter, og sier ikke noe eksakt om helserisiko og kroppssammensetning. Idrettsutøvere med stor muskelmasse vil eksempelvis kunne ha en KMI over 30, selv med lite fett på kroppen. Kvinner har fra naturens side mer fett på kroppen enn menn, og det er vanlig at KMI varierer med alder og mellom ulike etniske grupper. Bukfedme antas å utgjøre en selvstendig helserisiko for flere sykdommer, sammenlignet med stor fedme lagret rundt hofter og lår. KMI tar ikke hensyn til dette (RRHF 2007, ShDir 2004, Rössner 2008, Strømme og Høstmark 2000).

Som nevnt innledningsvis kan fedme være assosiert med utviklingen av en rekke alvorlige og kroniske følgesykdommer. Det er i imidlertid klare indikasjoner at risikoen for å utvikle sykdom relatert til fedme er betydelig redusert hos personer som er i god fysisk form. Det diskuteres derfor om inaktivitet og dårlig fysisk form som følge av fedme kan være årsak til fedmerelatert sykdom, snarere enn fedmen i seg selv. KMI er derfor lite egnet når det gjelder vurdering av enkeltpersoners helse, og det advares i mot en ensidig bruk av målemetoden (RRHF 2007, ShDir 2004, Rössner 2008, Strømme og Høstmark 2000).

Jeg vil til slutt påpeke at KMI kun er et tall som ikke forteller noe om hvordan personen bak tallet har det. Mange har akseptert og lever godt med sin fedme, mens andre har et sterkt ønske om å gå ned i vekt. Begge gruppene har krav på respekt, anerkjennelse, å bli hørt og en plass i samfunnet på lik linje med andre.

## **2.3 Sykelig fedme og personlige konsekvenser**

Dagens samfunn legger stor vekt på kropp og utseende, og personer med sykelig fedme må forholde seg til stereotype holdninger og at andre kan ha sterke meninger om deres kroppsvekt og kroppsstørrelse. Flere studier viser at det kan være svært belastende å leve i en kropp med stor fedme i dagens samfunn.

Studier viser at personer med stor fedme oftere lider av depresjon, angst, lav selvfølelse og rapporterer om større kroppsmisnøye og dårligere livskvalitet enn ikke-fete, mens andre

konkluderer med at disse funnene ikke er entydige. Det er imidlertid flere som søker om bariatrisk kirurgi som har disse problemene, enn de som ikke søker med samme vekt. Studier viser at kvinner og personer med BMI>40 er spesielt utsatt (Tuthill m.fl 2006, Grilo m.fl 1994, Ogden og Clementi 2010, Bocchieri et al 2002). Studier avdekker at personer med stor fedme oftere blir utsatt for fordommer, stigmatisering og diskriminering enn normalvektige. Personer med fedme ansees å være late, ha lav selvdisiplin og å være mindre hardtarbeidende enn slanke personer. Som en konsekvens av dette blir de ofte forbigått ved ansettelse og forfremmelser internt i bedriften, sammenlignet med personer uten fedme (Puhl og Brownwell 2001, Ogden og Clementi 2010). Personer med fedme søker heller ikke sammen i grupper på lik linje med andre kronisk syke, og det er vist at innad i gruppen pasienter med fedme finnes det også stereotype holdninger til andre fete (ibid). Kanskje mest oppsiktsvekkende er likevel funnene om at det finnes uttalte stereotype og negative holdninger blant helsepersonell, og at dette også gjelder de som har spesialisert seg på og til daglig jobber med denne pasientgruppen. Det gir indikasjoner på hvor gjennomgripende negative holdninger i samfunnet er når det gjelder denne gruppen (ibid).

Kvalitative studier fra Norge beskriver hvordan kvinner og menn sitt kroppsbilde er kontekstbundet, formes og påvirkes av andre personer og omgivelser (Rugseth 2010, Groven m.fl 2008, Inez Lien 2004). Opplevelse av fordommer, kulturelle og sosiale stigma, gjør det vanskelig å finne trygghet, hvile og å akseptere egen kropp. Gjennom den tykke kroppen får de en opplevelse av å ikke passe inn og være ønsket, og opplever et massivt trykk fra omverdenen om at kroppen må endres. Det resulterer i nærmest kontinuerlige vektreduksjonsforsøk. Å slanke seg, prøve ut nye dietter eller treningsformer blir et alibi for både en selv og omverdenen for å prøve og gjøre noe med situasjonen (ibid).

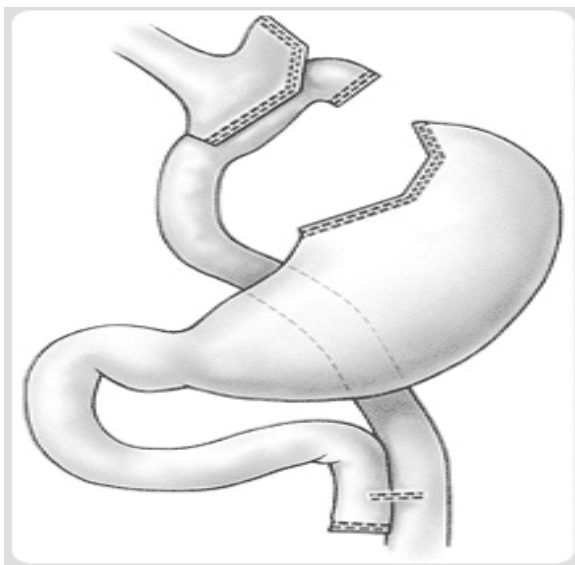
## **2.4 Kirurgisk behandling av sykelig fedme**

I dag er det aksept for at kirurgisk behandling kan vurderes ved sykelig fedme, dersom konservative tiltak i form av endringer i fysisk aktivitet og kosthold eventuelt med tillegg av medikamenter ikke har ført frem (Shdir 2004). Veiledende aldersgrense er 18-60 år og KMI > 40 med vesentlig redusert livskvalitet, eller KMI >35 med vektrelatert følgesykdom. Personer med alvorlig rusmisbruk eller alvorlige psykiske lidelser får oftest avslag. Dette begrunnes med usikkerhet i forhold til om de vil klare å følge nødvendige og pålagte tiltak i etterkant av

operasjonen. Det er en forutsetning at pasienten er motivert for og innstilt på en varig livsstilsendring, da dette er nødvendig å oppnå gode resultater over tid. (Aasheim m.fl.2007, ShDir 2004, Søvik m.fl 2007, Steen m.fl 2005). Målet for behandlingen er bedre helse og mindre sykkelighet, uavhengig om pasienten når normal kroppsvekt eller ikke (ibid).

## 2.4.1 Gastric-bypass-operasjon

Ulike kirurgiske metoder benyttes ved behandling av sykkelig fedme. Prinsippene går ut på å redusere magesekkenes volum for å minske matinntaket (restriksjon), og/eller sjalte ut deler av tynntarm (shunting) for å redusere næringsopptaket fra tarm (malabsorpsjon). Informantene i denne studien har gjennomgått en gastric-bypass-operasjon, heretter GBP-operasjon, som er en kombinasjon av de to nevnte metodene. GBP-operasjon utføres ved kikkhullskirurgi, og er det inngrepet som hyppigst benyttes i Norge i dag (Søvik m.fl 2007).



Figur 1 VCU Weight Loss Centre

Det lages en liten magesekklomme som rommer ca 30 ml (dvs. kapasiteten reduseres med 95 %) som skilles fra resten av magesekken. Resterende del av magesekken blir liggende ubrukt. Tynntarmen kuttes ca 60 cm fra magesekk, og nedre del av tynntarm strekkes og sys på den lille magesekken. Øvre del av tynntarm som tilfører fordøyelsesvæsker fra galle og pankreas, sys på tynntarmen nedenfor, oftest 150 cm, magesekklommen. Vanlig opptakslengde i tynntarm etter operasjonen er 3-3 ½ meter.

Restriksjon av magesekkenes størrelse er forventet å gi en tidlig metthetsfølelse og begrense inntaket av kalorier. Tarmshunting (bypass) medfører en malabsorpsjon og redusert opptak av kalorier fra tarm (ShDir 2004, Søvik m.fl 2007, Asheim m.fl 2007).

Kirurgiske inngrep er aldri uten risiko, og pasienter med fedme er en spesielt utsatt gruppe. Komplikasjoner kan oppstå både under og kort tid etter operasjonen (oftest blødning, lekkasje fra magetarmskjøter, sepsis, blodpropp, sårinfeksjon, lungebetennelse med mer), og på lengre sikt (mangelsykdommer, hypoglykemi, diare, kvalme, brokk, tarmslyng, blødning

med mer). Noen av komplikasjonene er alvorlige, og kan være potensielt dødlige (ibid). Større studier viser til en 30-dagers dødlighet under 0,5 %, mens alvorlige komplikasjoner kan forkomme hos omtrent 2- 5 % (Hofsø m.fl 2011). Ved ukomplisert postoperativ forløp mobiliseres pasienten raskt og utskrives andre dag etter inngrepet (Søvik m.fl 2007, Aasheim m.fl 2007).

Gastrointestinale bivirkninger forekommer hos ca 20 % etter GBP-operasjoner og omfatter oftest sure oppstøt, kvalme og oppkast, dumping syndrom, diarè, magesmerter.

Dumpingsyndrom er uttalt og oppstår oftest innen 30 minutter etter matinntak. Dumping skyldes at hyperosmolar føde trekker væske inn i tarmlumen og forårsaker en kraftig vagal reaksjon. Det kan gi en sterk ubehagfølelse og symptomer i form av hjertebank, kvalme, magesmerter, slapphet, kaldsvetting, oppkast, diare. Fenomenet medfører ofte at pasienter holder seg unna matvarer med høyt sukkerinnhold (Hofsø m.fl 2011, Aasheim m.fl 2007).

#### **2.4.2 Kostråd og dietter**

Pasienter som gjennomgår GBP-operasjon må være inneforstått med og samtykke i å følge et pålagt kostregime i for- og i etterkant av kirurgi. Det er nødvendig for å forebygge alvorlige komplikasjoner i forbindelse med inngrepet, og å sikre et godt resultat på sikt. I etterkant av kirurgi får pasientene flytende kost i 1-2 uker. Andre eller tredje uken etter operasjonen prøver de seg forsiktig frem med moset mat, for så gradvis å gå over til over til normalkost. De anbefales å spise små og hyppige måltider, minimum 5-6 pr. dag, og drikke bør inntas mellom måltidene for å unngå at maten blir ”skylt” ned i tarmen. Maten må tygges godt, da magens eltefunksjon er borte, og de må bruke god tid på måltidene. Inntak av mat med høyt proteininnhold fremheves som viktig for å unngå unødig muskeltap under det raske vekttapet. Pasienter som gjennomgår GBP-operasjon må ta nødvendige vitaminer, mineraler daglig og B-12-injeksjoner hver 3. måned, samt forplikte seg til å la seg kontrollere regelmessig med blodprøver resten av livet. Dette er nødvendig for å forebygge alvorlige mangeltilstander (Hanevold 2009, Aasheim mfl. 2007, RRHF 2007). Pasienter anbefales å starte omlegging og innarbeiding av nye spise- og aktivitetsvaner<sup>7</sup> i god tid før operasjonen. Fysisk aktivitet

---

<sup>7</sup> Pasienter med stor fedme har ofte sterkt nedsatt lungefunksjon. Stor mengde intraabdominalt og –thorakalt fett gjør at lungene har liten plass til å ekspandere og gjør det tungt å puste. Noen får beskjed om at de må komme i bedre fysisk form før eventuelt kirurgisk inngrep, da sterkt nedsatt fysisk form sammen med fedmen gjør inngrepet for risikofyllt.

fremheves som viktig av helsemessige årsaker, i tillegg til at det kan forebygge unødige tap av muskelmasse under det raske vekttalet. Fysisk aktivitet kan muligens også bidra til å redusere noe av hudoverskuddet som er forventet å komme i etterkant av vektreduksjonen. I tråd med Helsedirektoratets anbefalinger gis det råd om minimum 30 minutters daglig fysisk aktivitet i forkant av operasjonen, og minimum 60 minutter i etterkant som ledd i å stabilisere vekten (Hanevold 2009, Rössner 2008, RRHF 2007).

### 2.4.3 Startkurs

På sykehuset jeg har rekruttert informanter fra, må pasienter gjennomgå et obligatorisk forberedelses-/endringskurs kalt *Startkurs*<sup>8</sup>. Kurset har fokus på *endring* av levevaner og arrangeres i regi av sykehusets Lærings- og Mestringssenter (LMS). Kurset vektlegger en kognitiv tilnærming for å bevisstgjøre hvordan egne tanker og følelser kan påvirke atferd i forhold til spisevaner, kropp og bevegelse. Hensikten er å gi den enkelte innsikt i ulike utfordringer de kan møte både på kort og lang sikt når det gjelder endring av levevaner, og å hjelpe den enkelte til å komme i gang med eget endringsarbeid. Sentrale temaer i kurset er ulike behandlingstilbud<sup>9</sup>, mat og spisevaner, kropp, bevegelse og selvhjelp. Et sentralt spørsmål underveis i kurset er: *Hva betyr dette for meg i mitt liv?* Deltagerne møtes tre timer en gang i uken i 11 uker. I løpet av kurset dannes det selvhjelpsgrupper. Disse er ment å være en viktig del av ettervernet, styrt og drevet av deltagerne selv og lokalisert i deres nærområde. Tanken er at pasienter ved å dele erfaringer, kan støtte og motivere hverandre i tiden før og etter operasjonen (Bonsaken m.fl 2011).

---

<sup>8</sup> Innholdet i kursene som kjøres i forkant av fedmeoperasjonene varierer fra sykehus til sykehus. Det som beskrives i denne studien er hentet fra Aker sykehus, tidligere regionalt senter i Helse-Øst (Aker er i dag en del av Oslo universitetssykehus HF, og et av to regionale sentra i Helse Sør-Øst). Startkurset er i dag med bakgrunn i muntlig og skriftlig tilbakemeldinger fra deltagerne, utvidet til 40 timer.

<sup>9</sup> Foruten kirurgisk behandling får pasienter informasjon om ulike rehabiliteringssentra som har avtale med Helse Sør-Øst og tilbyr intensiv livsstilsbehandling til personer med sykkelig fedme, eksempelvis Evjeklinikken, Tonsaasen, Nimi (både døgn- og dagtilbud, Friskvernklinikken (poliklinisk behandling på dagtid), evt. poliklinisk behandling/oppfølging på sykehusets overvektspoliklinikk.

#### 2.4.4 Oppfølging og forventede resultater

Etter utskrivelse fra sengeavdeling, følges pasientene opp med regelmessige kontroller hos ernæringsfysiolog og kirurg på sykehusets overvektspoliklinikk i 5 år. Fastlegen har en nøkkelrolle når det gjelder oppfølgingen etter utskrivelse, justering av medisiner med mer. Det er vanlig med sykemelding i 4-6 uker (Steen m.fl 2005).

Behandlingen forventes å gi et raskt vekttap og bedring av følgesykdommer. En overraskende effekt ved GBP-operasjonen som er påvist i de senere år, er at når ufordøyd mat når nedre deler av tynntarm, øker utskillelsen av hormoner fra magetarmkanalen som bidrar i regulering av metthet og blodsukker. De fleste opplever en tidlig metthetsfølelse, i tillegg til at opptil 77 % blir kvitt sin diabetes type 2 (Buchwald m.fl. 2004).

Det største vekttapet kommer første året. Vekttapet induisert av kirurgi stopper vanligvis opp etter 12-18 måneder, og det understrekes at fedmereduserende kirurgi er starten på en stor og livslang prosess der omlegging av levevaner står sentralt. Dette kommer tydelig frem i informasjonsbrosjyren til Senter for sykkelig overvekt, Oslo universitetssykehus HF:

*Et kirurgisk inngrep er bare en del av en helhet, og den store omstillingen begynner etterpå. Det er avgjørende at du forstår hva kirurgi kan og ikke kan gjøre for deg, og at fedmereduserende kirurgi er en hjelp til selvhjelp....Utfordringen når vektnedgangen er oppnådd er å beholde den nye vekten, noe som ikke alltid er lett å mestre. Bariatrisk kirurgi krever at du endrer livsstil og matvaner. Kun da vil operasjonen på sikt lykkes og du vil gå ned i vekt (Steen m.fl 2005).*

Selv om bariatrisk kirurgi kan føre til både tilbakegang av fedmerelatert sykdom og et tilfredsstillende vekttap over tid, er det ikke gitt at alle får et bedre liv i etterkant. De som ikke klarer å tilpasse seg endringer som nevnt over, begynner å legge på seg igjen eller opplever å få alvorlige komplikasjoner i etterkant av kirurgi, kan oppleve negative erfaringer.

#### 2.4.5 Et kritisk blikk på bariatrisk kirurgi

Selv om mange får det bedre i etterkant av kirurgi, vet en at dette ikke gjelder alle. Det kan sies å være et paradoks, tatt i betrakning av at man går inn og opererer på en frisk mage og tarm. Pasienten påføres en restriksjon og malabsorpsjon som kan gi alvorlige komplikasjoner både på kort og lang sikt. En GBP-operasjon står, slik jeg ser det, i en særstilling sammenlignet med annen medisinsk behandling. Pasienter blir påført en patologi i ”den godes hensikt”, og den det gjelder må forplikte seg til å følge opp kontroller og ta nødvendige vitamin- og mineraltilskudd resten av livet. Behandlingen bygger på et gjensidig tillitsforhold

mellom behandler og pasient. Hvem som får komplikasjoner er ikke gitt på forhånd. Det er en risiko både lege og den det gjelder må være klar over og ta med i betraktning når valget om operasjon tas. Problemer med å tilpasse seg nye levevaner kan i noen tilfeller også føre til en forverring av tilstanden sammenlignet med før kirurgi både når det gjelder depresjon, overspising, emosjonell spising, og spising i sosiale situasjoner sammen med andre (Rush and Andris 2007, Segam m.fl 2004).

En norsk studie foretatt av Groven m.fl (2010) *My quality of life is worse compared to my earlier life* omhandler fem norske kvinner som har fått en forverret livssituasjon i etterkant av bariatrisk kirurgi. Før kirurgi levde de "normale" liv med få signaler på sykdom. Redsel for utvikling av fedmerelatert sykdom i fremtiden og sosiale stigma knyttet til kroppsstørrelse- og form, var hovedmotiver for å la seg operere. I etterkant av kirurgi opplever de både kronisk smerte, tap av energi i tillegg til anger og skam fordi de har disse følelsene som ikke bare begrenser deres sosiale liv, men også muligheten til å være fysisk aktive. Groven mfl. setter i tillegg lys på at negative resultater etter fedmereduserende kirurgi får liten oppmerksomhet i presentasjon av forskningsresultater, og sjelden er tema i media og offentlige debatter. Det anses være en medvirkende faktor til at kvinnenens plager, opplevelse av anger og skam etter kirurgi forblir tause erfaringer. Redselen for å fremstå som mislykkede pasienter gjør at de velger å lide i stillhet (Groven m.fl 2010).

At situasjonen også kan få en meget tragisk utgang for de som ikke mestrer livet i etterkant, indikerer en langtids oppfølgingsstudie (1995-2004) fra USA. Studien viser en markant økning av suicid etter bariatrisk kirurgi sammenlignet med befolkningen ellers. 30 % av suicidene skjedde i løpet av de første to årene etter bariatrisk kirurgi, og hele 70 % skjedde i løpet av de første tre årene. Studien konkluderer med at hele mennesket må bli "sett", og at psykososiale forhold må kartlegges og tillegges betydning i oppfølgingen både i forkant av og etterkant av operasjonen (Hilary m.fl 2010).



### 3. Teoretiske perspektiver

#### 3.1 Innledning

Studiens tittel er *Fedmereduserende kirurgi i møtet med den flertydige kroppen*. Betegnelsen *den flertydige kroppen* slik begrepet benyttes i denne studien, er inspirert av den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty. Han knytter menneskekroppen til betydningsfulle opplevelser som glede, angst, autonomi, avhengighet, kjærlighet, seksualitet, nytelse, velvære med mer. Det er en erfarende kropp som både sanser, føler, erkjenner, snakker, handler, er bærer av og stadig tilegner seg ny kunnskap med mer, kort sagt kroppen slik den er grunnlaget for erfaringer vi gjør oss gjennom livet. Kroppen er også utgangspunktet for refleksjoner vi gjør oss om egen kropp: *Kroppen er besjelet av bevissthet ... Thi som genstand for tanken er kroppen ikke flertydig; det bliver den først i vor oplevelse af den* (Merleau-Ponty 1994:131).

Merleau-Ponty peker på at kroppen er grunnlaget for vår eksistens. Gjennom den lever vi våre liv, og gjennom kroppen står vi i et relasjonelt forhold til andre mennesker og omverdenen. Tanker og forestillinger vi gjør oss om egen kropp preges dermed både av en subjektiv opplevelse av egen kropp, men også kroppen slik den erfares i forhold til andre mennesker og omgivelser, og slik vi tror andre oppfatter den. Det innebærer at den flertydige kroppen er meningsbærende, individuell og relasjonell på samme tid. Når kroppen er vår tilgang til verdenen, er det grunn til å anta at en forandring av kroppen vil medføre en endring i vår oppfattelse av den. Dette kan også snus. Kroppen er den måten verden forstår oss på. Det er derfor grunn til å tro at et stort vekttap og endringer i spisemønster medfører endringer i en persons subjektive oppfattelse av seg selv, samtidig som andres reaksjoner på endringene og/eller hva den enkelte tror andre mener om disse endringene, vil være med på å prege subjektive erfaringer (Engelsrud 2006, Råheim 2001, Skårderud 2004)

I studien søker jeg kunnskap om hvordan kvinner og menn har erfart tiden etter kirurgi. Studien er inspirert av en fenomenologisk og kulturell fortolkningsramme. Fenomenologien gir mulighet til å belyse erfaringer som kvinnene og mennene trekker frem som subjektiv og levd erfaring, mens refleksjoner og erfaringer de gjør seg i forhold til seg selv, i møte med

andre mennesker og omverdenen, gis mening og får betydning i lys av den kulturelle rammen.

### **Kapitlets videre oppbygging:**

Kapittel 3.2: Studiens fokus på kropp og kroppslige endringer, gjør det naturlig å knytte an til den franske fenomenologen og filosofen Merleau-Ponty. Han ser kroppen som et uttrykksfelt, og med utgangspunkt i livsverdenen gir han kroppen forrang i all erkjennelse og erfaring. Hans tanker om kroppen som levd erfaring danner et bakteppe gjennom analysen, og det redegjøres for sentrale trekk i hans filosofi.

Kapittel 3.3 presenterer et fenomenologisk syn på helse og sykdom. Hans-Georg Gadamer og hans omtale av den gåtefulle helsen sammen med Fredrik Sveneus sitt syn på sykdom som et flerdimensjonalt fenomen, presenteres

Kapittel 3.4: Kulturelle forestillinger om kroppen kommer til uttrykk gjennom hvordan den fete kroppen omtales og språksettes i det offentlige rom. Jeg har derfor valgt å ta med et kapittel som gir et tidsbilde av den legitime kroppen slik den fremstilles i Norge i dag. I dette kapitlet gis også teoretikere som Engelsrud, Buhl, Skårderud, Haug og Duesund som alle retter et kritisk blikk mot dagens samfunn og dyrkingen av den ideelle kroppen en stemme, uten at det redegjøres spesifikt for deres teorier. Hvordan overvekt og fedme kommuniseres i kulturen, får betydning for hvordan informantene erfarer og tillegger egen kropp og helse mening.

## **3.2 Maurice Merleau-Ponty (1905-1961)**

Maurice Merleau-Ponty omtales ofte *som kroppens og tvetydighetens filosof*. I hans mest kjente verk *Phénoménologie de la perception* (1945), på norsk *Kroppens fenomenologi* (1994), bryter han med Rene Descartes (1596-1650) dualistiske tenkning om kropp og sjel som to atskilte deler, der kroppen (objektet) fremstilles som noe jeg'et (subjektet) forholder seg til. I stedet gir han kroppen forrang i all erkjennelse og erfaring, noe som også innebærer at bevisstheten tar form igjennom kroppen. Sentrale begreper i Merleau-Pontys filosofi er livsverden, levd kropp og levd tid som jeg vil gjøre rede for.

### 3.2.1 Livsverdenen

Livsverden er et sentralt begrep innen fenomenologisk filosofi. Merleau-Ponty sitt livsverdensbegrep bygger både på Husserls og Heideggers sitt livsverdensbegrep, og jeg vil kort redegjøre for disse før jeg går videre (Bengtsson 1999).

Edmund Husserl (1859-1938) regnes som den moderne fenomenologiens grunnlegger og var opptatt av hvordan subjektet (jeget) og objektet (verden) skaper forståelse i møtet med hverandre. Han hevdet *bevissthet er intensjonalitet*, dvs. den er alltid rettet mot noe og er meningsfortolkende (Nortvedt og Grimen 2004:49). Husserl innførte begrepet *livsverden* for den verdenen som er der før all analyse og som danner et meningsmønster og utgjør bakgrunnen for våre bevissthetshandlinger. Det er den selvfølgelige verdenen vi lever i sammen med andre mennesker (Bengtsson 1999). Sentralt for livsverdenen er at den alltid er forbundet med et subjekt, det subjekt som lever, handler og erfarer i den. Vitenskap og forskning er en del av livsverdenen, det er her resultatene får mening og betydning (ibid).

Martin Heidegger (1889-1976) var Husserls elev og videreutviklet Husserls livsverdensbegrep ved å plassere subjektet i verdenen (Bengtsson 1999, Svaneus 2005). Han var opptatt av den menneskelige tilværelsen slik vi lever, handler og er i dialog med andre mennesker og omverdenen. Heidegger gir følelser en viktig plass i den levde erfaringen, og prøver å favne den menneskelige forståelsen og vår grunnleggende måte å tenke og handle på (ibid). Han bruker betegnelsen *væren-i-verden* for livsverden og meningsmønstret som er utgangspunkt for tanker, refleksjoner og valg vi tar. Subjektet er en aktør som er engasjert, handler og bryr seg om. Verden rundt oss har en betydning og tingene en mening, og som aktører i verden bruker vi disse i ulike aktiviteter. Å leve innebærer å gjøre seg hjemme i denne verdenen og å være tilstede i egen kropp der stemningen og følelsene har sitt sentrum (ibid).

Merleau-Ponty forstår i likhet med Heidegger subjektet plassert i livsverdenen, men han radikaliserer fenomenologiens subjektbegrep ved å knytte det til kroppen (Bengtsson 1999). Merleau-Ponty fremhever at vi først og fremst er i verdenen som kropp. Å ha en kropp innebærer å være sammenflettet med et miljø, og erfaringene mennesket gjør seg, knytter mennesket og verden sammen. Dette kommer tydelig frem i Merleau-Ponty sitt livsverdensbegrep som han oftest omtaler *væren-til-verden* (Bengtsson 1999:21). Betegnelsen *væren-til-verdenen* viser til subjektets dype og relasjonelle samhörighet med omverdenen

(ibid). Det innebærer at livsverdenen bærer i seg en grunnleggende tvetydighet. Den er unik og allmenn på samme tid og vår eksistensielle status er at vi bebor en verden som både sosial og kulturell. Som subjekter utvikler vi ikke bevissthet om oss selv i isolasjon, men i et kommunikativt forhold til omverdenen. Vår selvforståelse og opplevelse av egen kropp utvikles og preges både av egne erfaringer, fysiske omgivelser og tilbakemeldinger vi får fra andre. Vi retter oss *mot* verdenen, men blir også rettet *av* den, liksom vi både *påvirker* og *påvirkes* av våre omgivelser (Merleau-Ponty 1994).

Gjennom *væren-til-verden* tilegner vi sosiale og kulturelle vaner, og i mitt syn på meg selv inngår også andres perspektiv på meg. Det innebærer at kroppen aldri bare er natur eller kultur, men alltid et både og (Engelsrud 2006, Bengtsson 1999, Merleau-Ponty 1994). Slik jeg forstår Merleau-Ponty, vil vi som mennesker alltid være både et naturvesen og et kulturvesen. Livsvilkår og ressurser som stilles oss til rådighet, kulturen og den historiske tiden vi lever i sammen med erfaringer vi gjør oss gjennom livet, vil dermed være med på å prege både kroppens utvikling og oss som mennesker.

### 3.2.2 Levd kropp<sup>10</sup>

Merleau-Ponty sitt *levd kropp* viser til at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Den *levde kroppen* er både objekt og subjekt samtidig, der kropp og sjel fremstår som et integrert hele. Merleau-Ponty snakker om egenkroppen slik den erfares av den enkelte, et slags nullpunkt som all vår erfaring og erkjennelse er sentrert rundt. Den er grunnlaget for vår eksistens, og gjennom den lever vi våre liv (Østerberg 1994).

Den *levde kroppen* er relasjonell, og i kontakt med omverdenen blir vi kjent med egen kropp, andre mennesker, og omgivelsene rundt oss. Gjennom vår kroppslige eksistens tar også bevisstheten form. Erfaringer subjektet gjør seg blir ikke til bare på et bevisst tankemessig nivå, men gjennom den levde kroppsligheten på et førbevisst nivå (Bengtsson 2006:49). Begrepet *den levde kroppen* gir også en mulighet til å forstå kroppen som tvetydig. Kroppen er noe vi *har* og *er*, den er *erfarende* og *erfares*, *synlig* og *seende*, *berørt* og *berørende* – alltid begge deler samtidig uten at de to sidene kan reduseres til hverandre (Engelsrud 2006). Den *levde kroppen* skiller seg med dette fra kroppen som er utgangspunkt for medisinsk

---

<sup>10</sup> Merleau-Ponty betegner den egne levde kroppen som subjekt

forskning. Her er den biologiske kroppen utgangspunkt, man ser på og leter etter fysiske egenskaper og sammenhenger mellom disse, mens den relasjonelle kroppen oftest er fraværende (Bengtsson1999).

Merleau-Ponty kritiserer ensidigheten i den dualistiske tankegangen som i lang tid har preget vår vestlige kultur. Rotfestede tankemønstre om årsak – virkning, kropp – sjel, bevissthet – atferd, subjekt - objekt, indre - ytre osv., vitner om en forståelsesramme som preges av atskillelser og ikke helhet. Når det gjelder kroppen sier Merleau-Ponty: *Kroppen kan ikke sammenlignes med en fysisk gjenstand, men snarere med et kunstverk* (Merleau-Ponty 1994:107). Han hevder kroppen må forstås som et knutepunkt av levende betydninger. Ideen bak et maleri kan ikke forstås ved å se på de enkelte fargene, like lite som et dikt får mening ved å lese hvert enkelt ord, man må se på *helheten* for å få forståelse for deres primære betydning (ibid). Det gjelder også kroppen. Overført til denne studien betyr det at hvis en skal undersøke hvorfor noen sliter mer enn andre med innarbeiding av gode levevaner i etterkant av fedmereduserende kirurgi, kan subjektet ikke sees løsrevet fra livsverden. Man må møte individet der det er, og søke svar i individets egen opplevelse av sin livssituasjon og sine livsvilkår.

I tråd med Merleau-Ponty sitt perspektiv om kroppen som relasjonell, gir den en mulighet til å merke og bli kjent med omgivelsene. Engelsrud (2006) sier med henvisning til Merleau-Ponty at kroppens bevegelse rettes *mot verden*, og bevegelsene rettes *fra verdenen*. I persepsjonen av våre omgivelser er forskjellige sanser virksomme. Merleau-Ponty hevder vår kroppsoppfattelse inngår i et eget ekvivalenssystem eller et skjema som til enhver tid forteller oss om kroppens posisjon i forhold til omgivelsene. Det er en form for taus kroppslig viten som vi ikke legger merke til, men tar for gitt i de fleste situasjoner (ibid). Vi løfter en kopp kaffe til munnen uten å tenke på hvor mye kraft vi trenger for å løfte den, og bøyer automatisk hodet når vi skal inn igjennom en lav døråpning, - kroppen *vet* dette uten at vi trenger å reflektere over det. Det er eksempler på at kroppen er bærer av kunnskap og erfaring, og at den lynraskt er i stand til å fortolke seg selv.

Merleau-Ponty (1994:21) skiller mellom *den tilvante og habituelle kroppen*, dvs. kroppen slik vi vanligvis erfarer den, og *den aktuelle kroppen*, dvs. kroppen slik den er nå. Vanen er et uttrykk for vår evne til å utvide vår væren-i-verden eller endre vår eksistens ved å innlemme nye redskaper. Tilegnelse av ny vane skjer gjennom en omdannelse eller fornyelse av kroppsskjemaet, og det er kroppen som forstår gjennom gripen av betydning ved tilegnelse av

en ny vane (Merleau-Ponty 1994:97-100). Et klassisk eksempel som ofte trekkes frem, er en blind mann som ”ser” og beveger seg ved hjelp av en hvit stokk. I begynnelsen er han bevisst stokken, han kjenner den ligger i hånden og stokkens bevegelse mot bakken. Etter hvert blir stokken innlemmet i og en forlengelse av kroppen, og stokkens spiss blir forvandlet til et sanseapparat på lik linje med synet. Innlæring av en ny vane krever bevissthet og refleksjon, men når kroppen har tilegnert seg den, er det en ”automatisert” kunnskap vi kan benytte oss av uten å måtte reflektere nevneverdig over den. Mange av våre daglige rutiner er eksempler på innlærte vaner. Vi står opp, kler på oss, kjører til jobb, uten at vi trenger å bruke nevneverdig energi eller tankevirksomhet på gjøremålene. Det er eksempler på kroppens evne og kompetanse til å innrette seg i daglige situasjoner, - vaner og fredigheter som er så selvfølgelige at vi ikke tenker over dem før det skjer en endring i vår tilværelse. En stor fedme kan eksempelvis gi en opplevelse av kroppens vanemessige måte å være i verden endres, slik deltagerne i denne studien forteller om, jf. kap. 5. Omlegging av spisestil og spisevaner i etterkant av GBP-operasjon er også eksempel på brudd med tidligere vaner. Den lille magen gjør at spising blir en aktivitet som krever både bevissthet, refleksjon og nylæring, før dette igjen kan bli en innarbeidet og ”automatisert” vane.

Merleau-Ponty (1994) trekker *gestus* som kroppens egen måte og uttrykke seg på. Gestusmeningen er ikke gitt, men forstås og tillegges mening. Kroppsholdning, en rynket panne, tonefallet når noen snakker eller et smil, er gestus som tolkes og tillegges mening i møtet med andre. Andres blikk kan eksempelvis tolkes både som anerkjennende og moraliserende, dette får igjen betydning for hvordan individet ser på og oppfatter seg selv.

### 3.2.3 Levd tid

Som mennesker lever vi i en sosial og kulturell verden i en gitt historisk tid, og her former vi våre liv. De fleste av oss organiserer dagen vår etter en kronologisk tid som består av en rekke enkeltstående øyeblikk som persist kan måles med klokke og tidfestes i minutter, timer, uker, år osv.. Det kronologiske skiller seg fra det fenomenologiske tidsbegrepet tidsbegrepet som betegnes *levd tid*. *Levd tid* tar utgangspunkt i det erfarende subjektet, tiden slik den erfares, oppleves og gir mening for subjektet. Når tiden knyttes opp mot et erfarende subjekt, vil erfaringene fra fortiden være med på å prege de refleksjoner subjektet gjør seg om nåtid og fremtid. Merleau-Ponty (1994) sier: *Nutiden holder endnu den umiddelbare fortid i sin hånd uden å sætte den som gjenstand, og eftersom denne på samme måde fastholder, hva der er*

*gået umiddelbart forud for den, overtages og gripes den foreløpne tiden helt og holdent i nutiden* (s. 4). Slik jeg forstår ham, kan ikke tiden fastlåses i øyeblikk eller avsluttes, den kommer hele tiden til oss. Sykepleieren og fenomenologen Febe Friberg sammenligner tiden med et landskap som suser forbi vinduene når man kjører tog: *Hendelsene griper tag i varandra. De är inte enskilda upplevelser, utan mer likt ett flöde av upplevelser, vilket medför att tiden ikke kan separeras från upplevandet av de aspekter av verkligheten som vi är relaterade til* (Friberg 1999:53). Det innebærer, slik Merleau-Ponty og Friberg fremstiller det, at hendelser som har skjedd tidligere i livet ikke kan forstås som avsluttet, men følger oss som levde erfaringer og vil prege erfaringene vi gjør oss i nåtiden og inn i fremtiden. Hendelsene blir en del av vår levde kropps historie som vi bærer med oss inn i fremtiden. Det innebærer også at selv om informantene får en lettere kropp, vil erfaringer de bærer med fra fortiden, følge de og være med på å prege deres opplevelser og tanker i nåtid og fremtid.

### 3.3 Helse og sykdom i et fenomenologisk perspektiv

Et fenomenologisk perspektiv på helse og sykdom, tar utgangspunkt i kroppen som levde erfaring. Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer sier om den gåtefulle helsen:

*”Helsen tier stille. Først når sykdom inntreffer tenker vi tilbake på den som en attraktiv tilstand. En slags bakenforliggende forutsetning som muliggjør andre prosjekter i livet. En slags rytme eller bakgrunnsakkord som livets melodier kan utvikle seg i mot. Vi legger ikke merke til helsen. Den holder seg i bakgrunnen”.* (Sveneus 2005: 56).

Helsen er ifølge Gadamer noe vi tar for gitt, noe som bare er der og vi ikke tenker over. I motsetning til helse fremtrer sykdom som et dissonant fenomen, noe som bryter inn, forstyrrer vårt daglige liv og endrer vår hverdagslige meningsstruktur. Det bakenforliggende kroppslige meningsmønstrer endres, og kroppen kommer i forgrunnen og krever oppmerksomhet. Den levde kroppen med sin kunnskap og erfaring bryter på sett og vis sammen (Sveneus 2005). Til vanlig utfører vi en rekke gjøremål uten at vi trenger å tenke over det, sykdom<sup>11</sup> driver oss derimot ifølge Gadamer i retning av en bevissthet om alle de små gjøremålene vi til vanlig ikke tenker over. En stor fedme fremstår eksempelvis som et

---

<sup>11</sup>Det diskuteres stadig både i media og innad i fagmiljøer om fedme er en sykdom eller ikke. Jeg lar denne diskusjonen ligge. Slik jeg ser det er ikke fedme en sykdom i seg, men det er liten tvil om at en stor fedme, slik deltagerene i denne studien beskriver, kan føre til problemer for den det gjelder. Fedmen fremstår som et dissonant fenomen og endrer deres tilværelse på et grunnleggende sett, og blir en kilde både til frustrasjon og lidelse. Når jeg henviser til Sveneus og Gadamer bruker jeg ordet sykdom synonymt med fedme.

problem, når vekt bærende ledd gir signaler om smerte eller det er vanskelig å bøye seg for å ta på seg sokker og sko. Smertene og en uhåndterlig kropp tvinger individet til bevissthet om en endret kroppslig tilstand der kroppen erfares som et hinder for deres vanlige måte å være i verden på.

Den svenske filosofen Fredrik Svenaeus hevder at å undersøke helse og sykdom (her fedme) som levd erfaring, innebærer å hente beskrivelser og opplevelser i forhold til erfaringer mennesker gjør seg i ulike kontekster (Svenaeus 2005). Han fremhever kroppen som meningsbærer og omtaler sykdom som et flerdimensjonalt fenomen der både de biofysiologiske, fenomenologiske og kulturelle dimensjonene ved sykdommen må tillegges mening og vies oppmerksomhet. Hans syn på sykdom blir viktig når deltagernes erfaringer ut i fra tenkningen om livsverdenen, tar form igjennom et samspill mellom subjektive erfaringer og hvordan sykkelig fedme og GBP-operasjon kommuniseres i et medisinsk og kulturelt perspektiv. I tråd med at en subjektiv bedring i egen livssituasjon er viktig, innebærer det at både den biologiske, fenomenologiske og kulturelle siden må vies oppmerksomhet på kontroller etterkant av kirurgi.

### **3.4 Et tidsbilde av den kulturelle og legitime kroppen**

Synet på hva som er vakkert og hva som er en attraktiv kropp har variert opp igjennom historien, og varierer fra kultur til kultur og innad i samme kultur. Overvekt ble lenge tolket som et tegn på rikdom, og har fortsatt en symbolsk betydning i samfunn der det er knapphet på mat (Birketvedt 2000). Noen av de eldste funnene som angir overvekt hos mennesket stammer 25 000 år tilbake i tid. Det er små Venusstatuer, små figurer av kvinner med stor mage og fyldige bryster, og en antar at en slik rund kvinnekropp var et symbol både på sunnhet, fruktbarhet og moderlighet (ibid). Den overvektige kvinnekroppen ble også av kunstnere langt opp til 20. århundre hyllet og sett på som uttrykk for skjønnhet og seksualitet, noe Renoirs og Rubens vakre bilder av overvektige kvinner er et uttrykk for (ibid). Disse figurene og bildene står i kontrast til kroppsidealet i dagens vestlige kultur, der den magre kvinnekroppen synes å være akseptert både av kvinner og menn.

Kulturelle forestillinger om kroppen kommer til uttrykk gjennom hvordan den fete kroppen språksettes og omtales i det offentlige rom (Skårderud 2004, Engelsrud 2006, Rugseth 2010, Malterud og Ulriksen 2009). En kropp med fedme knyttes til et lite estetisk utseende og en



kropp som vitner om forfall og dårlig helse. Personer med fedme forbindes ofte med egenskaper som manglende viljestyrke og karakterfasthet, latskap og dovenskap, mens en slank og fast kropp assosieres med viljestyrke og karakterfasthet. Dette er et eksempel på hvordan kulturell symbolikk og samfunnets verdier så å si *skrives* inn i kroppen, og får en mening og betydning langt utover det som personen selv kan påvirke (ibid).

Media og reklame er viktige formidlere av hvordan vi bør se ut, og visuelt språk har stor utbredelse og makt<sup>12</sup> i dagens samfunn (Buhl 1996). Bildene spiller på følelser og lagres som indre bilder og brukes, bevisst eller ubevisst, som grunnlag når vi sammenligner og vurderer både egne og andre kroppers verdi (ibid). Den fete kroppen fremstilles oftest som lite ønsket og en kropp ingen ønsker å bli assosiert med. Konsekvensen av dette kan være at mange føler seg utenfor, og får et lite positivt forhold til egen kropp (Rugseth 2004/2010).

I tråd med idealet velger motebransjen oftest slanke modeller til å markedsføre sine klær. Klær kan brukes både til å fremheve positive og skjule negative deler av kroppen (Duesund 1998). Gjennom påkledningen kan vi også signalisere både ovenfor oss selv og andre hvem vi er eller ønsker å fremstå som. Undersøkelser viser at kvinner uansett størrelse uttrykker misnøye over uoverensstemmelsen mellom egen kropp og ideal. I tillegg til å endre livsstil trekkes ønsket om mindre klesstørrelser og sosial aksept frem som motiverende faktorer for å gå ned i vekt (SIFO 2007).

*En sunn sjel i et sunt legeme*, er et velkjent uttrykk som sier noe om den norske kroppsforståelsen, selvoppfatning og syn på andre (Engelsrud 2006). Kommersielle markedskrefter fremstiller ofte fysisk aktivitet og trening som en kilde til overskudd og det gode liv, og trening knyttes både til ansvarlighet og sosial status. Den slanke, faste og veltrente kroppen fremstilles som idealet. Det er kroppen som inkluderer oss i samvær med andre, gir suksess, økt selvfølelse, glede og tilfredshet (ibid). Dette er formidling som skaper behov, kunnskap og meningsdannelse knyttet til kropp og helse, uttrykk for verdier og normer som i stor grad også har aksept i norsk offentlighet (ibid).

---

<sup>12</sup> Med ”makt” mener jeg her stor påvirkningskraft i forhold til hvordan kroppen bør se ut.

### 3.4.1 Fedme, kroppskontroll og moral

Dagens kultur handler mye om enkeltindividet, der individets oppgave blant annet er å igangsette og kontrollere egne prosjekter. Psykiater og spesialist på spiseforstyrrelser Skårderud (2001) hevder at å holde kontroll over matinntaket og egen kropp er i ferd med å bli en av de viktigste dydene i vår moderne kultur:

*Det er få nervetråder i fett. Men det er vårt mest følsomme vev. Det er ikke lenger ett fett. Fettet er flermettet av betydninger. I en kapitalistisk kultur av effektivitet, omsetning og høy produksjon, er fett blitt det bærende symbolet for det uproduktive. I selvkontrollens symbolske verden er fett blitt psykologi og moralisme: Det svake og ettergivende, den bristede karakter (Skårderud 2001:48 )*

Tidligere var den kroppslige skammen nær knyttet til seksualitet, og å vise kontroll over sitt begjær var god moral. Skårderud (2001) peker på at i dag er maten, vekten og fettet i ferd med å ta over. Med munnen markerer vi at vi mestrer og vi uttrykker suksess og demonstrerer selvkontroll med en forsiktig omgang med mat. Den som ikke mestrer, skammer seg gjerne, eller andre synes han eller hun burde skamme seg (ibid). En stor kropp vitner om en kropp uten kontroll og er en kropp som provoserer: Fettet tillegges en symbolsk betydning og får en mening langt utover hva personen selv kan påvirke. Fettet gis også en moralsk dimensjon i et samfunnsmessig perspektiv, det blir en kostnad (ibid).

Duesund (1998) sammenligner kroppens fremtoning med en moralsk prøvestein, *du er selv ansvarlig for din egen kropp* (s.235). Det tas nærmest for gitt av at hver enkelt kan kontrollere hvor mye de spiser, noe som innebærer at man kan *velge* ikke å bli fet. Det finnes ingen ytre barrierer, barrieren sitter i ens indre og ens egenvilje. Kroppen fremstilles som både lumsk og farlig, men kan temmes av en stålsatt karakter, og kroppens kaos må erstattes av viljens orden (ibid). En kropp med stor fedme kan i lys av hennes fremstilling forstås både som et selvpåført overgrep og en moralsk brist som hefter ved personen.

Den tyske sosiologen F. Haug (1990) knytter i likhet med Duesund kroppen til moral. Hun hevder moral danner et forbindelsesledd mellom kropp og samfunn, hvor dens oppgave er å ivareta orden og samhold i samfunnet. Å holde orden på kroppen innenfor normalitetens<sup>13</sup> grenser kan således forstås som en ”plikt” i et samfunnsmessig perspektiv. Ved ta vare på

---

<sup>13</sup> Hva som er en normal kroppstørre kan diskuteres og varierer også innad i samme kultur. Normalitetens målestokk er ifølge Haug (1990) individuelt tilpasset og er med på å bestemme den sosiale tryggheten. De fleste antar jeg likevel vil oppleve en kropp som faller under den medisinske betegnelsen sykkelig fedme som unormalt stor, selv om det denne kroppen er den normale kroppen for den som lever i den.

kroppen, spise og leve sunt, legges det til rette for et liv der en kan arbeide og bidra inn i samfunnets felleskasse, i stedet for å bli en belastning og utgiftspost.

### **3.4.2 Refleksjoner i etterkant av kulturell ramme**

Kulturell formidlet forståelse inngår i vår livsverden og danner et bakteppe for hvordan vi forstår, tolker, oppfatter og handler i ulike situasjoner. Slik jeg forstår fenomenologien og Merleau-Ponty, er det vanskelig både for personer med og uten fedme å unngå og ta inn over seg kulturelle og stereotype holdninger som formidles og eksisterer i forhold til fete. De eksisterer som tatt-for-gittheter, og dette gjenspeiles både i samfunnet og i møtet med andre. Å leve i en kropp med fedme er erfaring som skapes både gjennom en subjektiv erfaring av egenkroppen, men også kroppen slik den erfares gjennom kulturelt skapte normer og betydninger. Når fedme kobles sammen med livsstil og moral, og den det gjelder opplever et massivt trykk fra omverdenen om at den store kroppen bør endres, vil det kunne være vanskelig å opprettholde et positivt bilde av seg selv og egen kropp.

Gjennom kroppen får vi tilgang til verdenen, og i møtet med omverdenen blir vi bevisst vår egen kropp. Det innebærer, slik jeg forstår Merleau-Ponty og fenomenologien, at vårt selv bilde er sårbart og tvetydig, gitt at kroppen er både personlig og sosial. Tanker og følelser vi har om egen kropp vil få innvirkning på vår opplevelse av tilværelsen. Når alt annet er prøvd, kan fedmereduserende kirurgi fremstå som et attraktivt behandlingstilbud for den det gjelder både i håpet om bedre helse, en mindre kropp, sosial aksept og et lettere liv.

## 4. Metodisk tilnærming

Dette kapitlet redegjør for den metodiske fremgangsmåten som er benyttet i studien. Første del av kapitlet tar for seg kunnskapsinteresse og metodevalg og en beskrivelse av forskerrollen. Deretter gjøres det rede for rekruttering og valg av informanter, gjennomføring av intervjuene. Jeg har valgt en temabasert analyse, og fremgangsmåten jeg har benyttet for å komme frem til de ulike temaene beskrives. Siste del av kapitlet omhandler etiske refleksjoner i forkant av og underveis i studien, samt tanker om studiens gyldighet og relevans i et større perspektiv.

### 4.1 Kunnskapsinteresse og metodevalg

Når en søker kunnskap om ulike erfaringer personer som lenge har levd i en kropp med stor fedme har gjort seg etter gjennomgått fedmereduserende kirurgi, og hvilken mening de tillegger disse erfaringene, kommer en bare et stykke på vei med biomedisinske forskningsdata. Det trengs en tilnærming som anerkjenner at slike erfaringer og prosesser utformes spesifikt hos individet som befinner seg i en sosiokulturell sammenheng (Malterud 2003). Denne studien har derfor vektlagt et utforskende og beskrivende kvalitativt design.

Prosjektet er som nevnt inspirert av en fenomenologisk innfallsvinkel. Fenomenologien er ikke en entydig filosofisk retning. Innenfor fag som sosiologi, medisin og helsefag, har den blitt og blir benyttet i et rikt omfang og på ulike måter (Bengtsson 1999, Heggen 2007).

Bengtsson (1999) peker på at det likevel finnes noe som er felles for og forener den fenomenologiske tradisjonen. En av disse konstantene er det fenomenologiske oppropet til Husserl om "*å gå tilbake till sakerna själva*" (Bengtsson 1999). Det vi skal gå tilbake til er ikke en sak i seg selv, men en sak eller et fenomen slik det viser seg for noen, - for et subjekt. Gjennom persepsjonen får vi en direkte og umiddelbar adgang til gjenstandene i våre omgivelser, og gjennom intensjonaliteten bringes den subjektive og objektive verden sammen og fremstår som en meningsfull verden. Det er vår *egen* opplevelse av tingene og det som skjer rundt oss, som er viktig for vår erkjennelse og handlinger, og ikke tingene og handlingene i seg selv.

## 4.2 Kvalitativ metode og kvalitativt intervju

Den opprinnelige greske betydningen av ordet metode er *et veivalg som fører til målet* (Kvale 2004:20). Et veivalg og en hensiktsmessig metode må knyttes til problemstillingen og målet med prosjektet. Hensikten med studien er å få frem et kunnskapsmateriale som bygger på personers egne erfaringer og hvordan de fortolker sin hverdag. Spørsmål som: Hvilke erfaringer trekker informantene frem som betydningsfulle når det gjelder endret spisemønster og kroppslige endringer, og hvilken mening og betydning tillegges endringene i deres daglige liv?, lar seg vanskelig besvare i en kvantitativ studie der svaralternativene i hovedsak er gitt på forhånd. Mitt prosjekt beveger seg inn i den kvalitative forskningstradisjonen, og det kvalitative dybdeintervjuet er valgt som metode. Kvalitative intervju gir som Kvale (2004) påpeker, rom for åpenhet og fleksibilitet. Det kan åpne opp for og gi mulighet til å hente inn nyanserte beskrivelser av informantenes livsverden, samtidig som det gir forskeren mulighet til å følge opp og utdype utsagn underveis (ibid). Riktig håndtert gir intervjuet en unik mulighet til å hente inn opplysninger om informantens opplevelser og selvforståelse.

## 4.3 Forskerrollen

Kunnskapen som fremkommer under det kvalitative intervjuet bygger på møtet på mellom to personer som utveksler synspunkter og samtaler om et felles interessedrama (Kvale 2004). Dette innebærer at forskeren selv blir en forutsetning for og medskapet i frembringelsen av materialet. Innen kvalitativ stilles det krav om at forskeren er seg bevisst og gjør rede for egen forforståelse (Kvale 2004, Malterud 2003, Heggen og Fjell 1998, Thagaard 2002).

Forforståelse er de erfaringer, holdninger, det faglige og teoretiske perspektivet forskeren bringer med seg inn i studien (ibid). Dette er elementer som kan være til nytte for forskningsprosessen, men kan bidra til at en går inn i materialet med begrenset horisont og manglende mulighet til å lære av materialet (ibid). Å gjøre rede for og skrive ned tanker om egen forforståelse ble viktig ved innledningen av prosjektet, men også underveis i prosessen har jeg opplevd det viktig å stille spørsmålet, hvilket blikk møter jeg materialet med?

Som kvinne med en kropp kan jeg ikke unndra meg å være påvirket av kulturen og verden jeg lever i. Selv om jeg ikke liker det, legger jeg kroppens størrelse, form og utseende en betydning, en betydning som strekker seg ut over det kroppslige. I mange år har jeg jobbet som sykepleier/intensivsykepleier i helsevesenet. Som helsearbeider er jeg innvevd i en faglig

og kulturell mening om fedme og fedmereduserende kirurgi. Da jeg startet studien hadde jeg ingen erfaring med å jobbe med fedmepasienter som gruppe. Jeg har likevel møtt pasienter med fedme på ulike avdelinger jeg har jobbet, og lagt merke til at de oftere utvikler sykdommer som høyt blodtrykk, diabetes type 2, hjerte- karsykdommer og ulike belastningslidelser tidligere enn forventet ut i fra alder. I møtet med akutt/kritisk syke har jeg ofte tenkt at personer med stor fedme har det ekstra tungt. Uavhengig av vekt gir pasienter uttrykk for engstelse, men personer med stor fedme gir i tillegg uttrykk for selvbekreftelser og fortvilelse for at kroppen har blitt så stor som den har blitt. De vet at fedmen kan være en medvirkende faktor til utvikling av sykdommen, og de fleste har vært igjennom ulike slankekurer uten å oppnå ønsket resultat. Ofte gir de uttrykk for hva jeg tolker som skamfølelse over egen kropp. Uttrykk som ”stakkars dere” når de trenger hjelp til stell og pleie eller å finne en god stilling i sengen, rødmen i ansiktet deres når vi må ut for å finne en lengre blodtrykksmansjett eller ikke finner en stor nok skjorte underbygger dette. Sykehuset er dessverre i likhet med samfunnet ellers i liten grad tilrettelagt for store pasienter. Dette kan oppleves som en ekstra belastning for den det gjelder. Samtidig har jeg erfart at overvekt og fedme kan være et sårt og vanskelig tema å ta opp og snakke om. De fleste har kunnskap om hva som skal til for å gå ned i vekt, samtidig som de har vansker med å omsette denne kunnskapen i praksis. Jeg har ofte fått høre utsagn som *det er så flaut at jeg som voksen person ikke klarer å knipe igjen munnen og bare spise det jeg skal*, samtidig har jeg opplevd denne type utsagn som en invitasjon til en annen type dialog enn kun å snakke om anbefalte kost- og mosjonsvaner.

Etter at intervjuene var gjennomført og jeg var kommet halvveis i prosjektet, begynte jeg å jobbe på sykehusets Lærings- og mestringsenter. Her møter jeg nesten daglig personer som skal eller har vært igjennom fedmereduserende kirurgi, og har blitt tildelt en sentral rolle når det gjelder Startkursene som arrangeres i forkant av kirurgisk behandling. Gjennom møtet med informantene, arbeidet med det empiriske materialet i denne studien og lesing av aktuell litteratur i forbindelse dette og skifte av jobb, er min for forståelse stadig blitt konfrontert. Underveis i prosessen har jeg fått en utvidet forståelse for hvordan det kan oppleves å leve i en kropp med stor fedme, en eksistensiell erfaring som har en gjennomgripende betydning i livet til den det gjelder.

#### 4.4 Rekruttering av informanter

I kvalitative studier er det vanlig å benytte strategiske utvalg for å finne frem til informanter<sup>14</sup> som sitter inne med rikholdig informasjon i forhold til problemstillingen som skal belyses (Kvale 2004). Innledningsvis kontaktet jeg leder for Forskningsavdelingen ved et sykehus som har regionalt ansvar for behandling av sykelig overvekt i sitt helseforetak, presenterte kort formålet med prosjektet, og ble deretter henvist til nøkkelpersoner ved sykehusets Lærings- og mestringssenter (LMS) og Overvektspoliklinikk.

Første kontakt med aktuelle informanter fikk jeg via sykehusets LMS. Jeg ble invitert på et møte i en selvhjelpsgruppe der jeg fortalte om og delte ut informasjon om prosjektet. Før møtet var jeg svært spent på hvordan de ville ta imot meg. Å snakke om egen kropp og følelser er slik jeg selv opplever det, et privat tema. Ville de oppleve at jeg skulle gå inn å ”grafse” i privatlivet deres? Bekymringen var ubegrunnet, og jeg opplevde å bli møtt med både velvilje og nysgjerrighet. Samtidig ga det meg et innblikk i hvordan en selvhjelpsgruppe kunne fungere. Atmosfæren var uformell, og det var tydelig at de kjente hverandre godt. Praten gikk lett om gode og mindre gode opplevelser, og jeg kunne ikke unngå å legge merke til at de hadde en ”oppdragende” rolle i forhold til hverandre. En ung kvinne klagde blant annet over manglende vekttap siste tiden. Dette medførte et kjapt svar fra en av de andre i gruppen: *Hadde jeg spist is hver dag og fortsatt å drikke Cola, hadde ikke jeg gått ned i vekt heller.* Det undret meg at kvinnen ikke tok til motmæle, og at det syntes å være aksept for uttalelsen i gruppen. Jeg husker jeg tenkte *som sykepleier kunne jeg aldri konfrontert noen så direkte, jeg hadde måttet ”pakke inn” ordene.* I etterkant av informasjonsmøtet ble jeg kontaktet på telefon av fire personer som ønsket å delta. Tid og sted for intervju ble avtalt, men en ung kvinne på 20 år trakk seg dagen før intervjuet skulle finne sted. Hun begrunnet det med at hun slurvet med mat og kosttilskudd, hadde gått mindre ned i vekt enn ønsket, og var redd for at hennes deltagelse i prosjektet kunne ødelegge for andre. Jeg forsøkte med en mild overtalelse der jeg sa at prosjektet ville bli styrket ved å ha personer med ulike

---

<sup>14</sup> Under analysearbeidet omtaler jeg deltagerne i studien som informanter. Dette er et omstridt ord, det kan høres ut som om informanten er en slags databank for meg (Heggen og Fjell1998). Noen hevder begrepet informant innebærer en nedvurdering av andres menneskelighet og likeverd (ibid). Kanskje vil det alltid være tilstede en viss interessekonflikt mellom forsker og informant, der ordet er med på å synliggjøre en asymmetri. Jeg velger likevel å bruke ordet, men understreker at det ikke ment som en nedvurdering av deltagerens rolle fra min side.

erfaringer, men dette endret ikke hennes standpunkt. Siden deltagelsen i prosjektet er frivillig, respekterte jeg hennes avgjørelse uten å legge videre press på henne.

To informanter ble rekruttert gjennom sykehusets overvektspoliklinikk ved at invitasjon til deltagelse i studien ble sendt ut sammen med innkalling til ett-årskontroll. De tok kontakt på telefon, og tid og sted for intervju ble avtalt. Den siste informanten ble rekruttert via ”snøballmetoden”. Hun tok kontakt etter å ha hørt om prosjektet av andre, fortalte hun ønsket å delta, tilhørte målgruppen og ble inkludert i studien.

Kvale (2004) sier det er vanlig å avslutte intervjuene når man har kommet til et kunnskapsmessig metningspunkt. Etter seks intervjuer, opplevde jeg å sitte med et innholdsrikt materiale som ga godt grunnlag for videre arbeid. Hver enkelt informant bidro med sin kunnskap og ny innsikt i feltet. I de to siste intervjuene begynte informantenes fortellinger å gjenta seg. Jeg så mange fellestrekk i det totale materialet, og ingen flere potensielle informanter hadde meldt seg. Tatt i betraktning at dette er en masteroppgave og tiden jeg har til rådighet, ble det satt en foreløpig strek. Jeg gjorde meg imidlertid mange tanker om hva materialet ga uttrykk for, hvem som sa seg villige til å stille opp i en slik undersøkelse, og ikke. De jeg hadde intervjuet, var alle over 35 år og de ga alle uttrykk for å være meget fornøyd med resultatet av operasjonen på intervjutidspunktet. Jeg tenkte på kvinnen som hadde trukket seg, hun var både ung og strevde med å finne balanse i livet i sitt. Det ble derfor åpnet opp for å gjennomføre flere intervjuer, hvis det meldte seg informanter som ga uttrykk for å ha fått en strevsom hverdag etter inngrepet, eller var under 30 år. Det gjorde det ikke, og den foreløpige sluttstreken ble endelig.

#### **4.5 Presentasjon av informantene**

Jeg har intervjuet fire kvinner og to menn i alderen 36-50 år i tidsrommet 12-19 måneder etter GBP-operasjonen. Alle har lang erfaring med å leve i en kropp med overvekt og fedme.

Fedmen har fulgt de fra barndom, gjennom ungdomstiden og i inn i voksen alder. Overvekt og fedme har dermed preget store deler av deres liv. Da de søkte om operasjon kom alle inn under den medisinske betegnelsen *sykelig fedme*, med en KMI mellom 58-42 kg/m<sup>2</sup>. Fire av deltagerne hadde en KMI > 50 kg/m<sup>2</sup>, hva anses som svært alvorlig med stor risiko for utvikling av fedmerelaterte følgesykdommer. Etter GBP-operasjonen har alle gjennomgått et raskt vekttap, og på intervjutidspunktet har de en KMI mellom 40-29 kg/m<sup>2</sup>.



Jeg har valgt å gi informantene i studien fiktive navn: Arne, Bjørn, Anne, Berit, Dina og Else. Else er gift og har barn, Bjørn er samboer og har barn. Berit opplyser hun er særbo, dvs. hun har vært sammen med samme mann i flere år, men de bor hver for seg. Hun omtaler ham som mannen sin, en betegnelse jeg også bruker i studien. Arne, Anne og Dina er single, bor alene og har ingen barn. Begge mennene hadde full jobb på operasjonstidspunktet, men Arne var 100 % sykemeldt på intervjutidspunktet grunnet hjerteproblemer. Bedriften Arne jobbet i er siden lagt ned, og på intervjutidspunktet er han jobbsøker. Anne, Dina og Else var ikke i jobb da de ble operert. Anne og Dina er på 100 % attføring på intervjutidspunktet, mens Else har vært 100 % uføretrygdet i flere år grunnet traumatiske opplevelser som har fulgt henne siden barndommen. De andre oppgir helsemessige plager relatert til den store fedmen som grunn til at de helt eller delvis har falt ut av arbeidsmarkedet. Dette skyldes i hovedsak lidelser som smerter i rygg, vektbærende ledd, høyt blodtrykk ved siden av at den tunge kroppen i seg selv gjorde det vanskelig å være i jobb. Med unntak av Bjørn som jobber innen IT-bransjen, har alle jobbet i service- eller omsorgsykker. De som er på attføring, håper og tror de i fremtiden kan komme i full jobb.

## 4.6 Intervjuprosessen

### Utforming av og erfaring med intervjuguiden

Før intervjuene tok til, ble det utformet en semistrukturert intervjuguide, se vedlegg 1. Innledningsvis brukte jeg tid på å tenke igjennom hvordan jeg skulle få vite noe om tiden før og valget om operasjonen, uten at dette ble en oppgave i seg selv. Spørsmålet: *Kan du fortelle hva som var utslagsgivende for at du bestemte deg for operasjon?*, fungerte godt både som inngangsspørsmål og i forhold til ønsket informasjon. Det virket som spørsmålet både trygget og tente de. Jeg fikk et klart inntrykk av at dette var et spørsmål de hadde fått mange ganger før, både for å begrunne og forsvare ønsket sitt om operasjon.

Jeg vektla åpne spørsmål for å belyse tematikken, uten at disse ble så detaljerte at de fremstod som et spørreskjema. Jeg valgte også to utsagn som jeg ønsket informantenes syn på. Spørsmål og utsagn fungerte greit, men jeg erfarte i ettertid at jeg kunne ha jobbet mer med tematiseringen av intervjuguiden på forhånd. Jeg gikk bredt ut, og intervjumaterialet ble mer omfattende enn jeg forutså. Dette er en viktig erfaring jeg vil ta med meg til eventuelle senere intervju. En del viktige og spennende temaer som angår betydningen av god oppfølging i

etterkant av operasjonen, har ikke blitt utdypet og fått plass i oppgaven pga dens begrensede omfang. Informasjon om og betydningen av dette nevnes derfor bare kort.

#### 4.6.1 Konteksten rundt intervjuene

Intervjuene foregikk på ulike arenaer. Målet var å finne et sted hvor vi kunne snakke uforstyrret, og som informantene følte seg komfortable med. Jeg hadde på forhånd avtalt å låne rom på sykehusets LMS, men siden sykehuset har et stort geografisk opptaksområde, åpnet jeg for å komme hjem til de som ønsket det. Tre av intervjuene foregikk på LMS, to ble intervjuet i hjemmet og et på en kafé. Jeg foretok et prøveintervju for å få erfaring med intervjuguide og opptaksutstyr. Utstyret fungerte greit, jeg fikk tilbakemeldingene om at temaene jeg tok opp var relevante og kun små justeringer ble gjort.

Intervjuene på LMS foregikk i et typisk møterom dominert av et stort bord med stoler rundt, og uten andre forstyrrende elementer. Jeg opplevde rommet som ”kaldt” og lite hyggelig, men informantene ga uttrykk for at dette var et sted de følte seg ”hjemme”. Her hadde de gått på Startkurs og det var møteplass for selvhjelpsgrupper etter operasjonen. Atmosfæren rundt intervjuene hjemme hos informantene hadde et mer privat preg. Bilder av familie, venner og interiør ga indirekte informasjon om informantenes smak, interesser og livssituasjon. Vi satt i stuen, og jeg ble servert kaffe. Praten gikk lett. I intervjuet med en av kvinnene tok jeg meg i å tenke at dette ikke må bli for privat. Under intervjuet viste hun bilder av seg selv da hun veide 170 kg, på intervjutidspunktet veide hun 60 kg mindre. Det var vanskelig å forstå at det var samme kvinne som satt foran meg. De store, tukke leggene med væskende sår og bandasjer på bildet gjorde inntrykk på meg. Før intervjuene begynte bestemte jeg meg for at jeg skulle vise en aksepterende holdning for den store kroppen de hadde før operasjonen, og ikke uten videre komme med uttalelser som bekreftet at de så mye bedre ut på intervjutidspunktet. Men da Anne snakket om gleden ved igjen å kunne gå ut med venner og handle klær i butikker hun tidligere bare drømte om, tok jeg meg i å bli revet med og kom med uttalelser som *så flott, det må være en god følelse* eller *det høres deilig ut*. Da jeg skulle gå, hentet hun gledesstrålende frem et par nye, høye støvletter med hæl som hun tidligere bare kunne drømme om. Jeg kunne nesten ”kjenne” hennes følelse av glede i egen kropp, da hun viste de frem. I ettertid har jeg tenkt at noe av spontaniteten og gleden hun viste, dreide seg om igjen å få mulighet til å uttrykke kvinneligheten i seg ved å kunne kjøpe klærne og

støvlettene hun ønsket seg, og at det var viktig for henne å kunne uttrykke denne gleden ovenfor meg.

En informant som bodde i en liten by 1-2 timer kjøring utenfor Oslo, ønsket å bli intervjuet på en kafé for å unngå forstyrrelser fra barna hjemme. Da jeg kom inn i lokalet brukte jeg litt tid på å finne henne da hun ikke skilte seg ut fra de andre gjestene, og vi lo litt av det begge to i etterkant. Jeg hadde nemlig vært på utkikk etter en stor dame. Før intervjuet startet var jeg spent på om vi ville vekke oppmerksomhet og om det ville bli mye støy. Bekymringen var ubegrunnet, vi fikk sitte i ro, atmosfæren var avslappet og lydopptaket godt. Da intervjuet var over, hilste jeg på moren som kom for å hente henne. Hun uttrykte glede over datterens vekttap, men fortalte samtidig om sjokket hun fikk da hun så datteren uten klær og all ”løshuden”. Hun ga meg en klar beskjed om: *Løshuden, dette må hun (datteren) få hjelp til å gjøre noe med*. Datterens løshud var også blitt en bekymring for henne.

### **Gjennomføring av intervjuene**

Informantene hadde på forhånd fått tilsendt informasjonsskriv og skjema med informert samtykke, samt et skriv med opplysninger om alder, sivilstatus, høyde og vekt før behandlingsstart og på intervjutidspunktet (se vedlegg 2a+2b). De hadde skjemaene med seg utfylt til intervjuet. Intervjuene ble innledet ved at jeg fortalte kort om meg selv og min rolle som mastergradsstudent og kort gjentok hensikten med studien. Vi kikket litt i og snakket om skriven de hadde fylt ut, og oppfordret de til å stille spørsmål hvis noe var uklart. Siden min daværende veileder jobbet på sykehuset, forsikret jeg de om at deres anonymitet også gjaldt ovenfor henne. Likedan om muligheten til å trekke seg underveis, uten at det ville få konsekvenser for deres videre behandling. I utgangspunktet hadde jeg bedt om opplysninger om vekt og KMI fordi jeg var nysgjerrig og ønsket et ”bilde” av vekttapet deres, uten å måtte fokusere på dette under intervjuet. Informantene var imidlertid selv opptatt av vekttapet sitt og fortalte uoppfordret hvor mange kilo de hadde gått ned. Da jeg kommenterte at det nesten var vanskelig å forstå at det går an å gå ned så mye i løpet av et års tid, smilte de, rettet seg opp i ryggen, og jeg så hva jeg tolket som stolthet i blikket deres. Kvale (2004) påpeker at det er viktig å trygge informantene før de skal begynne å utveksle informasjon om seg selv til en fremmed. Det virket som denne småpraten i begynnelsen sammen med inngangsspørsmålet ”trygget” og vekket deres interesse for intervjuet, og åpnet for tillitt og fortrolighet underveis.

Intervjuguiden lå på bordet foran meg og fungerte som en sikkerhet for at hovedtemaene skulle bli belyst. Rekkefølgen av temaene ble oftest styrt av informanten. Jeg forsøkte som Kvale (2004) anbefaler å stille meg åpen, undrende og nysgjerrig til hva de fortalte, og stilte oppfølgingsspørsmål og ba de utdype utsagn underveis der dette var nødvendig. Intervjuene bar preg av å være en samtale, der to personer snakker om et tema av felles interesse. Den åpne ”strukturen” gjorde det mulig for informantene å bringe opp temaer av betydning for de som jeg ikke hadde tenkt på før intervjuet. Problemet med løs hud er et eksempel på dette. Lydopptak ga meg mulighet til å kunne konsentrere meg om uttalelsene og være tilstede i situasjonen. Jeg prøvde å legge merke til kroppsholdning, tonefall og sensitivitet i uttalelser, og opplevde å få en god dialog underveis. Min bakgrunn som sykepleier hemmet meg ikke, men innimellom erfarte jeg en slags ”tatt-for-gitt-het” fra informantenes side. De tilla meg mer kunnskap enn jeg faktisk hadde. De ble da minnet på at det var de som var ”eksperten”, og at jeg ønsket deres beskrivelser for å få mer kunnskap om feltet. Underveis prøvde jeg å gjøre korte oppsummeringer av hva de fortalte meg for å sjekke at jeg hadde forstått de riktig, samtidig som det ga de mulighet til å korrigere meg hvis jeg ikke hadde forstått de rett. Malterud (2003) påpeker at en helsefaglig bakgrunn kan få informantene til å rose sine beskrivelser og erfaringer. Jeg reflekterte over dette da jeg hørte på intervjuene, og oppdaget at i starten av intervjuene kom informantene med de mange generelle opplysninger som stemte godt overens den informasjonen jeg hadde fått oppgitt at ernæringsfysiologen og kirurgen ga før operasjonen. Beskrivelsene ble mer nyanserte og personlige etter hvert som intervjuet skred frem. I ettertid har jeg tenkt at dette skjedde fordi vi ble tryggere på hverandre, samtidig som jeg ble modigere i mine oppfølgingsspørsmål.

Å gå ut av rollen som sykepleier og inn i rollen som forskerstudent krevde et bevisst fokus fra min side. Flere ganger underveis fikk jeg kjenne på lysten til å komme med gode råd og forslag til løsninger, men klarte å holde meg tilbake. Intervjuene ble avrundet ved at informantene ble spurt om de hadde noe mer å fortelle, samtidig som de ble oppfordret til å ta opp eventuelle betydningsfulle temaer som ikke var belyst under intervjuene. De ble minnet om telefonnummeret mitt på informasjonsskrivet, og at de kunne kontakte meg hvis de kom på noe de ønsket å tilføye eller endre i forhold til hva de hadde fortalt. Ingen benyttet seg av dette. På spørsmålet hvordan de syntes det var å være med på intervju, svarte alle at det hadde vært greit. Noen trakk frem at de syntes det hadde vært en interessant erfaring, og at

det var svært viktig og betydningsfullt at vektopererte sine meninger og erfaringer kom frem og ble hørt.

#### **4.7 Transkripsjon**

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju. Det var en spennende, men en mer omfattende og tidkrevende jobb enn jeg hadde forutsett. Ikke minst ble jeg slått av alle valgene som måtte tas underveis. Skulle uttalelsene skrives ned på informantens dialekt eller ikke, og hvordan klare å formidle tonefall i uttalelsene og stemningen underveis i intervjuet? I utgangspunktet var jeg innstilt på ordrett transkribering, og det slo meg hvor mange småord som ja, jo, hmm, eh, mmm, altså, sånn at osv., ufullstendige og usammenhengende setninger muntlig språk egentlig består av. Kvale (2004) påpeker at transkripsjonen innebærer en oversetting fra et muntlig språk som har sine regler, til et skriftlig språk med helt andre regler. Videre at transkriberingen alltid medfører en form for reduksjon. Mimikk, kroppsholdning, tonefall med mer forsvinner i det transkriberte materialet (ibid). Underveis måtte jeg som Kvale påpeker foreta valg, samtidig som jeg bestrebet meg på å beholde meningsinnholdet i uttalelsene. Setningene ble skrevet ut mer sammenhengende enn de er når man lytter på båndet. En del småord ble kuttet ut, selv om de som Kvale påpeker, er en del av intervjuets emosjonelle tone. For å sikre informantene anonymitet, ble alle intervjuene skrevet ut på bokmål. Pauser ble markert med ...der antall prikker indikerer lengden. For å få frem noe av stemningen underveis, ble enkelte steder markert med f.eks (latter), (begge ler), (høres tenksom ut), (blir lys i stemmen), (høres trist ut) med mer. Å transkribere var en tidkrevende prosess, og underveis nærmest gjenopplevde jeg intervjusituasjonen på ny. Transkriberingen ga også mulighet til å dvele ved og reflektere over utsagn jeg tidligere ikke hadde tillagt betydning. Dette var viktig å ta med seg videre inn i analysen.

#### **4.8 Analyse og tolkning av datamaterialet**

Hensikten med analysen er å bygge en bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte materialet blir fortolket og sammenfattet. Det innebærer å lete etter mønstre og sammenhenger, finne frem det betydningsfulle i materialet samtidig som det skal skapes oversikt og systematikk (Malterud 2003, Heggen og Fjell 1998, Kvale 2004).

I intervjusituasjonen og under transkriberingen, opplevde jeg sterk nærhet til informantene og materialet. Det videre arbeidet krevde en mer distansert rolle fra min side. Jeg brukte tid innledningsvis for å finne en fremstillingsmåte og et analytisk grep som passet mitt materiale. Problemstillingen var vid, og det gjenspeilte også materialet. Bearbeidingen av materialet krever alltid en form for seleksjon og reduksjon (Bengtsson 1999, Kvale 2004, Malterud 2003). Spørsmålet ble hva som skal tas med og holdes utenfor. Alt syntes en stund å fremstå som like viktig, og å løsrive enkelttemaer fra en større kontekst uten at meningsinnholdet gikk tapt, var en utfordring. Noen valg og grep måtte tas, og forskningsspørsmålene fikk til slutt en avgjørende betydning når det gjaldt å finne ut hva som skulle beholdes og hva som skulle elimineres.

Innledningsvis var jeg inne på tanken om en fremstillingsform som bygde på narrativer der hver enkelt informant sin fortelling skulle få stå i fokus. Analysen startet derfor med at jeg leste grundig igjennom og tematiserte hvert enkelt intervju. Etter å ha lest alle intervjuene igjennom flere ganger, så jeg mange fellestrekk i materialet. Dette gjaldt både begrunnelse for valg av operasjon, situasjoner rundt spising, betydningen av å ha fått en lettere kropp, opplevelsen av en lettere hverdag og en usikkerhet med tanke på fremtiden. Jeg gikk derfor vekk fra narrativer og valgte en analyse basert på tematisering. Det videre arbeidet foregikk ved PC'en. Tematiseringen jeg hadde gjort innledningsvis, dannet grunnlag for det videre arbeidet, men denne gangen ble intervjuene lest både på langs og på tvers.

Å lese materialet på langs innebærer å lete etter og utforske innvendige sammenhenger i intervjuene for hver enkelt informant (Hovind 2000). Hvordan informanten selv kobler sammen hendelser i livet sitt og gir de betydning ut i fra egen selvforståelse, står sentralt. Å lese materialet på tvers innebærer at forskeren ikke bare ser på den enkeltes informants erfaringer og selvforståelse, men også sammenligner de med hverandre (ibid). Informantenes levde erfaringer stod i fokus, og jeg lette etter både fellestrekk og nyanser i deres fortellinger. Underveis merket og uthevet jeg utsagn som var illustrerende for hva flere fortalte, og unike for den enkelte. PC'en var et godt verktøy i dette arbeidet. Tekst kunne markeres i ulike farger ut i fra tema, kopieres, flyttes, bearbeides og forkortes, mens originalintervjuene lå bevart i sin helhet.

I motsetning til en standardmetode som vektlegger en streng fortetting og kategorisering av ulike temaer, har jeg benyttet meg av hva Kvale (2004:135) omtaler som en *ad hoc*

*meningsgenerering*. Denne metoden kjennetegnes av at analysen av intervjumaterialet foregår i et fritt samspill mellom ulike teknikker. Den gir forskeren mulighet til å danne seg et generelt inntrykk av materialet som helhet, for deretter gå tilbake til enkelte avsnitt og uttalelser som indikerer ulike holdninger til et fenomen. Enkelte uttalelser og subjektive erfaringer kan dermed utdypes mer enn andre, og det gir også forskeren mulighet til å løfte frem subjektive erfaringer som i liten grad er belyst tidligere (ibid). Underveis i arbeidet med materialet, opplevde jeg at dette ga meg en kjærkommen frihet. Kanskje kan leseren innimellom oppleve at noen stemmer trekkes frem i større grad enn andres. Det speiler den friheten metoden gir og er et bevisst valg, snarere enn en skjevhet som fremkommer i presentasjon av materialet. Berits opplevelse av et vedvarende sug i kap. 6.3.1 og utdyping av Annes begrep matsorg i kap. 6.7 er gode eksempler på dette. Selv om deres erfaringer ikke deles av alle, er dette betydningsfulle erfaringer som får relevans sett i et større perspektiv. I forberedelse av studien og underveis i arbeidet med det empiriske materialet, fant jeg lite litteratur som omhandlet utfordringer i forhold til et endret spisemønster i etterkant av GBP-operasjoner. I tråd med Kvaless anbefalinger om å løfte frem stoff som er lite belyst tidligere, har jeg gitt kapittel 6, *Spisingen blir et eget prosjekt*, en forholdsvis stor plass i presentasjon av det empiriske materialet.

Etter å ha lest igjennom intervjuene flere ganger og søkt etter likheter og fellestrekk intervjupersonene imellom, er det ikke til å unngå å legge merke til hvordan de hele tiden sammenligner livssituasjonen sin i etterkant med tiden før operasjonen. Selv om studiens hovedfokus er tiden etter av kirurgi, har jeg valgt å ta med et kapittel som gir et innblikk i informantenes livssituasjon når valget om operasjon tas. Det empiriske materialet er strukturert rundt fire hovedkapitler:

- *Veien frem mot operasjon*, som gir et kort innblikk i informantenes liv før operasjon, begrunnelser for valg og ønske om operasjon
- *Spisingen blir et eget prosjekt*, som omhandler endringer i spisemønster- og vaner
- *En lettere hverdag*, som har fokus på betydningen av vektreduksjonen
- *En usikker vei videre*, som tar opp tanker informantene har om fremtiden.

Hvert av hovedkapitlene består av flere underpunkter. Jeg utdyper ikke disse her, men henviser leseren til kapittel 4.12, der strukturen av analysen fremgår og presenteres, og hvert av underkapitlene gis en kort omtale.

I arbeidet med analysen har jeg vektlagt åpenhet og refleksjon. Jeg har tilstrebet å møte materialet med et åpenhet og undring, og forsøkt å se vekk fra forutinntatte holdninger. Underveis i arbeidet med analysen, har jeg lest aktuell litteratur. Etter hvert som min kunnskap om feltet økte, har min forståelseshorisont blitt utfordret og utvidet, og jeg har blitt i stand til å ta innta nye perspektiver i forhold til hva materialet forteller meg. Det endelige materialet har funnet sin form i en dialog og runddans med informantenes erfaringer, det transkriberte materialet, lesing av aktuell litteratur, min egen forforståelse, innspill fra medelever, kollegaer og konstruktive tilbakemeldinger og innspill fra veileder underveis.

Materialet er analysert ut i fra tre tolkningskontekster (Kvale 2004). Den første presenterer informantenes mening og uttalelser i form av sitater eller i en fortettet form nært knyttet opp til deres selv forståelse. Den andre er basert på en kritisk forståelse av sunn fornuft. Her kommer min egen eller andres generelle betraktninger inn. Denne tolkningen går lengre enn informantenes egen selvforståelse, men holder seg innen hva Kvale omtaler som allmenn sunn fornuft. Temaer som omhandler tvetydighet, som Elses endrede rolle på kakefester i kapittel 6.4, er et eksempel på dette. I den tredje konteksten bringes den teoretiske rammen jeg har valgt for studien inn for å belyse uttalelsene. De tre ulike tolkningskontekstene fremgår ikke tydelig i en streng struktur, men gjøres fortløpende underveis.

#### **4.9 Refleksjoner i etterkant av intervjuene**

Refleksjon innebærer et kritisk blikk på meg selv som forskerstudent. Jeg er klar over at selv om jeg har tilstrebet å møte informantene med et åpent sinn, innebærer intervjusituasjonen et asymmetrisk forhold. Det ligger hva som Heggen og Fjell (1998) beskriver som en *maktforskjell* i relasjonen. Det er jeg som tar initiativ til intervjuene og bestemmer hvilke spørsmål og oppfølgingsspørsmål som stilles under intervjuet. Temaer som belyses, hvilke som ansees relevante og som løftes frem i analysen, er også mitt valg. Min forforståelse og det teoretiske perspektivet jeg har møtt materialet med, temaer jeg har valgt å løfte frem og organisert materialet etter preger det endelige materialet.

I arbeidet med materialet har jeg reflektert over hva mitt eget kjønn har hatt å si for frembringelse av materialet. Underveis i analysearbeidet har jeg oppdaget at kvinner og menn snakker om temaene som blir berørt på ulike måter. Kvinnene snakker gjennomgående mer om egne følelser enn mennene. Det overrasket meg fordi jeg underveis i intervjuene opplevde



å få en god og åpen dialog med begge kjønn. I ettertid har jeg tenkt på om det skyldes at jeg har åpnet opp for og gitt kvinnene større rom for å snakke om egne følelser enn mennene, eller om det er slik noen kjønnsforskere hevder at menn snakker mindre om følelser og fremstår som mer rasjonelle i sine uttalelser (Haug 1990, Lorntzen og Mühleisen 2006).

Jeg har gjort meg mange tanker om hvem som stiller opp på slike intervjuer og ikke. Selv om informantene i denne studien forteller åpent om at de har stått og fremdeles står ovenfor utfordringer i tiden som kommer, er de meget fornøyd med resultatet av GBP-operasjonen på intervjutidspunktet. Jeg har tenkt mye på den unge kvinnen som sa seg villig til å stille til intervju, men senere trakk seg fordi hun ikke mestret hverdagen i etterkant av operasjonen. Hun var redd for at hennes historie skulle ødelegge for andre som ville opereres. Et spørsmål jeg har stilt meg er om resultatet av studien ville vært annerledes hvis hun var med.

Informantene som deltar i studien hadde alle en høy KMI før GBP-operasjonen, de hadde utviklet sykdommer som antas være relatert til fedmen, og kun to var i jobb på intervjutidspunktet. Etter vektreduksjonen opplever de en stor helsegevinst med tilbakegang av følgesykdommer. Spørsmålet som melder seg er om de hadde vært like fornøyd hvis de hadde vært friske uten helsemessige plager forut for kirurgi, og om utfordringene de nå står ovenfor hadde vært like enkle å akseptere og takle.

Både kvinner og menn deltar i studien. Mennene og kvinnene snakker forskjellig om erfaringene de gjør seg i etterkant av kirurgi, og funn i studien indikerer at det muligens stilles forskjellige krav til menn og kvinner når det gjelder kroppens utseende, mat- og spisevaner. Jeg har ikke funnet studier som har undersøkt om det kan være en forskjell i menn og kvinners erfaringer i etterkant av kirurgi. Dette er et utforsket tema som bør vies oppmerksomhet i fremtidsprosjekter.

#### **4.10 Vurdering av studiens validitet og reliabilitet**

Validitet handler om studiens gyldighet, om den undersøker det den er ment å undersøke og hva det egentlig er forskeren har funnet noe ut om (Kvale 2004, Malterud 2003, Thagaard 2002). I kvalitative studier fremheves forskerens håndverksmessige dyktighet og troverdighet som ytterst viktig, der funnene kontinuerlig må sjekkes, utspørres og tolkes teoretisk. Reliabilitet eller troverdighet regnes som det viktigste kvalitetskriteriet i medisinsk forskning,

og handler om at forskningen er utført på en tilfredsstillende og tillitsvekkende måte (ibid). Ved å eksplisitt redegjøre for min egen rolle, forforståelse, teoretisk referanseramme, metodeologiske og analytiske valg underveis i prosessen, har jeg tilstrebet å gjøre undersøkelsen transparent for andre, og å gi leseren et innblikk i forutsetninger som kunnskapen er utviklet under. Dette gir forhåpentligvis andre muligheten til å vurdere resultatene som er fremkommet.

Å validere er også å kontrollere og stille spørsmål, en kontroll som skal utøves for å motvirke en selektiv forståelse av materialet og skjev tolkning (Kvale 2004). Informantene som deltar i studien, konteksten og stemningen som ble skapt under intervjuene, spørsmålene jeg stilte under intervjuene og til det transkriberte materialet underveis i analysefasen, er med på å prege det ferdige materialet. Ledende spørsmål vil kunne styre svarene og svekke reliabiliteten, men kan også være nødvendig for å få frem gode beskrivelser og styrke reliabiliteten (Kvale 2004, Thagaard 2002). Materialet har som nevnt blitt analysert i tre tolkningskontekster, noe som innebærer at jeg har gått ut over informantenes selvforståelse. Dekonstruksjon av materialet under analysen innebærer alltid en fare for at meningsinnhold kan gå tapt eller fordreies (Kvale 2004). Ved at jeg har kunnet gå tilbake og lese intervjuene i sin helhet, samt høre på lydbånd, har jeg tilstrebet å gjøre skjevheten så liten som mulig.

Kommunikativ validitet innebærer å overprøve kunnskapskrav i en dialog, og gyldig kunnskap fremmes ved at motstridende påstander blir kommunisert (Kvale 2004). Underveis i prosessen har jeg lagt frem materialet for medstudenter, vært i dialog med veiledere som har lest deler av intervjumaterialet og kommet med innspill og stilt spørsmål til metodisk fremgangsmåte og fremlagte resultater, i tillegg til at jeg har hatt mulighet til å diskutere funn med kollegaer. Jeg har fått bekreftet at de kan se det samme som meg, men de har også stilt kritiske spørsmål som har hjulpet meg til å se på materialet med et nytt blikk. Dette har gitt mulighet til en ytterligere fordypning, men også vært viktig for en avgrensing og innramming av studien ved prosjektets slutt.

Kan undersøkelsen gjentas? Det empiriske materialet som fremkommer er produsert gjennom et møte mellom meg og intervjupersonene i et gitt tidsrom i en spesiell kontekst. Det innebærer at resultatene er unike og vanskelige å gjenskape. Det er imidlertid ikke til hinder for at resultatene som er fremkommet kan ha relevans i et større perspektiv. Jeg kommer tilbake til dette i studiens avsluttende kapittel.

#### 4.11 Ethiske overveielser

Prosjektet ble søkt og godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (se vedlegg 3a+4). Det ble utarbeidet et skriftlig informasjonsskriv som kort fortalte om studiens hensikt, frivillig deltakelse, ivaretagelse av anonymitet/konfidensialitet og at deltagerne når som helst underveis i prosessen kunne trekke seg fra studien uten at det fikk konsekvenser for de (se vedlegg 2a). Samtykkeerklæringen ble undertegnet før intervjuene tok til. Ferdigstilling av studien har tatt lengre tid enn antatt. Søknad om forlengelse av prosjektet er innhentet både hos NSD og REK, og skriftlig informasjon sendt ut til deltagerne om at prosjektet har blitt forsinket, og om fortsatt mulighet til å trekke seg fra studien, vedlegg 5. Jeg har skiftet veileder underveis, dette er også meddelt og godkjent av REK (se vedlegg 3b, 3c, 3d).

Jeg er klar over at overvekt og fedme kan være et sårbart tema å snakke om for mange. Å dele tanker, følelser og erfaringer rundt temaer som omhandler spising og egen kropp med en ukjent person, er modig. Underveis i intervjuene har jeg vektlagt en støttende og anerkjennende kommunikasjon. Informantene har selv fått lov til å sette grenser når det gjelder hva de vil dele av personlige opplysninger. Under fremstillingen av det endelige materialet er anonymisering vektlagt. Det benyttes fiktive navn, alder knyttes ikke til den enkelte informant, sitater er skrevet på bokmål, og stedsnavn utelatt. I tillegg er deler av informantenes unike historier som kunne gjøre de gjenkjennbare for andre utelatt.

#### 4.12 Presentasjon av analysen og datamaterialet

For å tydeliggjøre strukturen i presentasjonen av analysen, velger jeg til slutt å gi en å gi en oversikt av hovedkapitlene. Det empiriske materialet er inndelt i fire kapitler, 5-8. Drøfting og teoretisk belysning av funnene gjøres underveis.

GBP-operasjonen er en viktig markør i informantenes liv. Den symboliserer et ”brudd” med tidligere livsførsel og det nye som kommer. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at de snakker om *tiden før* og *tiden etter* operasjonen. *Alt griper tak i hverandre*, sier Friberg (1999) med henvisning til Merleau-Ponty, og peker på hvordan fortiden borger for fremtiden. Dette kommer tydelig frem under intervjuene. Selv om oppgavens hovedfokus er tiden etter operasjonen trekker informantene stadig inn fortiden for å beskrive endringene de opplever i

livet sitt. Med bakgrunn i dette har jeg innledningsvis valgt å ta med et kapittel som kort forteller hva informantene oppgir som begrunnelser for valg av operasjon som ønsket behandlingsmetode. Disse erfaringene er en del av informantenes livsverden, og influerer på hvilken betydning de tillegger refleksjoner og erfaringer de gjør seg i etterkant av kirurgi. Det empiriske materialet som fremkommer i studien er delt i fire hovedkapitler og har følgende struktur:

**Kapittel 5:** *Veien frem mot operasjon* gir et kort innblikk i informantenes liv før operasjon, begrunnelser for valg og ønske om operasjon

**Kapittel 6:** *Spisingen blir et eget prosjekt*, omhandler endringer i spisemønster og spisevaner og meningen informantene tillegger disse. Kapitlet har følgende underkapitler:

- 6.1: *Første tiden*, tar for seg opplevelser, tanker og refleksjoner informantene gjør seg i forbindelse med de første måltidene i etterkant av operasjonen
- 6.2: *Ubehag i forbindelse med måltider*, tar for seg erfaringer informantene gjør seg rundt måltider, og meningen de tillegger disse. Dumpingfenomenet belyses spesielt
- 6.3: *Metthet og sult*, belyser informantenes erfaringer rundt disse fenomenene
- 6.4: *Å spise annerledes – et tvetydig prosjekt*, har fokus på erfaringer og refleksjoner informantene gjør seg rundt måltider de deler sammen med andre
- 6.5: *Trøstespising*, var et kjent fenomen for mange før operasjonen. Kapitlet fokuserer på hvordan de opplever dette i etterkant når de fratatt denne muligheten
- 6.6: *Når vekttapet stopper opp*, beskriver erfaringer og refleksjoner informantene gjør seg når vekttapet induisert av operasjonen stopper opp
- 6.7: *Matsorg*, belyser tapsfølelse i forbindelse med endring av matvaner

**Kapittel 7:** *En lettere hverdag*, tar for seg betydningen informantene tillegger vektreduksjonen. Kapitlet har følgende underkapitler:

- 7.1: *Alt har blitt lettere – selvtilliten bedre*, fokuserer på informantens umiddelbare opplevelse av å lykkes med vektreduksjon og å få en lettere kropp
- 7.2: *Det er lettere å bevege seg, og det gjør tilværelsen enklere*, gir et bilde av gleden ved å ha en kropp som samarbeider i ulike gjøremål og gleden ved å delta i aktiviteter sammen med andre
- 7.3: *Kroppen virkelig gjør eksistensen*, livet leves igjennom kroppen, og erfaringer og refleksjoner rundt egen kropp får betydning for livet som leves

- 7.4: *Å ha et tilnærmet normalt utseende er viktig i et kroppsfixert samfunn*, omhandler hvordan andres blikk og kommentarer kan få betydning for opplevelse av egen kropp og tilværelse
- 7.5: *Det tar tid å venne seg til et nytt utseende*, kroppen endrer seg så raskt at ikke ”hodet” følger med, - erfaringer rundt dette
- 7.6: *Vanskelige tilbakemeldinger*, vekttapet legges merke til av omgivelsene, og de får kommentarer både av kjente og ukjente om ”forvandlingen”. Kapitlet tar opp erfaringer og refleksjoner informantene gjør seg rundt dette
- 7.7: *Løshuden blir et nytt problem*, informantene er glade for vekttapet, men løshuden blir et nytt problem for mange. Kapitlet tar opp problemstillinger rundt dette

**Kapittel 8:** *En usikker vei videre* tar opp ulike tanker og utfordringer informantene opplever å stå ovenfor i tiden fremover. Informantene gir blant annet uttrykke for et behov og ønske om en tett oppfølging i tiden fremover. Kontroller og innholdet i disse blir en viktig arena for å avdekke eventuelle behov og iverksetting av tiltak for at vedkommende skal få den hjelpen som trengs når behovet er der.

**Kapittel 9:** *Avslutning*, tar kort opp sentrale funn i studien, implikasjoner disse kan ha for praksis og relevansen av funnene sett i et større perspektiv.

## 5. Veien frem mot operasjon

Informantene har slitt med overvekt siden de var barn og ungdom, noe som har resultert i utallige slankekurer og ulike dietter. Men til tross for vektnedgang med et betydelig antall kilo, har ingen av dem klart å opprettholde vekttapet over tid. Nålen har over tid pekt en vei, oppover. De omtaler seg som er jojo-slankere, likevel fortsetter de å slanke seg.

*.....ting begynte å bli slitsomt og det var tungt å stå opp og gå på jobb, og det var tungt å fungere i dagliglivet. Jeg dro på jobb og jobbet og var helt utslitt når jeg kom hjem. Orket ingenting og hadde ikke noe liv rett og slett.*

Kroppen oppleves lite samarbeidsvillig, kommer i forgrunnen ved ulike gjøremål og legger beslag på mye av deres oppmerksomhet. De føler seg slitne, det er tungt å stå opp og tungt å fungere i hverdagen. Noen forteller om problemer med personlig hygiene, selv det å ta en dusj blir en kraftanstrengelse for enkelte. De blir raskt svette og er redd svettelukten skal sette seg i hudfolder og klær. Å bøye seg for å vaske føtter og å ta på sokker og sko krever nøye planlegging. Vanlig husarbeid er for noen et dagsverk. De forteller om problemer med å følge barns og andre voksnes aktiviteter, selv det å gå i postkassen oppleves som slitsomt for noen. Tilværelsen beskrives som et "pes" og mye tid tilbringes på sofaen. Å klare jobben blir vanskelig, og flere har falt helt eller delvis ut av arbeidslivet.

*Følelse av folks av avsky gjorde at jeg isolerte meg, trakk meg vekk fra folk, orket ikke treffe venner, ikke gå på byen, jeg fordømte meg selv pga vekta. Blikkene – den avskyen jeg så gjorde at jeg isolerte meg enda mer, jeg orket ikke møte de.*

Noen forteller at de nesten ikke orket å gå ut pga blikkene og avskyen de så i andres øyne. En sier: *De ser den store kroppen, men jeg er mer enn det, fettete sitter ikke mellom ørene.* Noen mener det er fritt fram å mobbe tjukke folk. Det kommer til uttrykk ved at de stadig får slengt spydige bemerkninger og kommentarer etter seg, eller at andre glemmer at det sitter en tjukk person i rommet som hører hvordan andre omtaler andre tjukke. Noen har opplevd å bli fulgt etter i butikker og fått kommentarer som *Jasså, du skal kose deg nå?*, når de har lagt varer ned i handlevognen. De skammer seg over den store kroppen sin, og for at den har blitt som den har blitt. Det fører til isolasjon og ensomhet for noen.

Informantene blir daglig minnet på at samfunnet ikke er lagd for store kropper. Stoler, fly- og togseter er lagd for normalvektige, og de ser seg om etter en ledig "tose" når de tar buss eller trikk. Noen har ikke vært på kino eller teater på flere år fordi setene er trange. Å bli sittende fast og måtte ha hjelp for å komme opp, er pinlig. De skjuler kroppen sin så godt de

kan bak store og formløse klær, og må oftest i spesialforretninger for å få klær og sko. Å kjøpe det de ønsker seg er vanskelig, det lages lite fikse og moderne klær i deres størrelse. En trekker frem at selv å veie seg var vanskelig. Verken butikker eller legekontor hadde vekter som kunne veie ham, han løste problemet ved å kjøre til trafikkstasjoner. Gjennom den store kroppen får de en erfaring av ikke å passe inn.

Informantene er bekymret for egen helse, og en ytterligere forverring av helsetilstanden i fremtiden. De har utviklet helsemessige plager som følge av overvekten i varierende grad. Kroppen gir signaler i form av smerter både i rygg, hofter og knær. Det er tungt å bevege seg over lengre avstander, de blir raskt slitne, kort- og tungpustet. Anstrengelsesutløst astma, og bruk av CPAP (assistert ventilasjon for å puste tilfredsstillende igjennom natten) er realitet for noen. Behandlingskrevende høyt blodtrykk, diabetes type II og begynnende insulinresistens, hevelse og vann i kroppen, spreng i legger og føtter, er ubehag flere har lært seg å leve med i hverdagen. De vet at stor fedme utgjør risiko for alvorlig sykdom og vil gjerne gjøre en innsats for å bedre sin helsemessige status, men til tross for gjentatte forsøk får de en opplevelse av å mislykkes gang på gang, og gir uttrykk for at ingen ting nytter.

Kroppen er vår tilgang til verdenen, er en forutsetning for deltagelse i ulike aktiviteter og gjøremål, og har en avgjørende betydning når det gjelder å kunne muliggjøre de prosjektene en ønsker i livet. Vanekroppen som Merleau-Ponty (1994) snakker om er i ferd med å bryte sammen. Daglige gjøremål og rutiner som tidligere ble utført uten nevneverdig anstrengelse, er for noen i ferd med å bli uoverkommelig. Å oppleve problemer med å delta i barns eller voksnes aktiviteter, stadig bli minnet om at samfunnet ikke er tilrettelagt for kroppene av deres størrelse, eller å falle helt eller delvis ut av arbeidslivet, erfares som et stort tap. De er, slik jeg oppfatter dem, sårbare, og opplevelsen av stirrende blikk og stadige slengkommentarer om kroppens utseende gjør at noen velger å bli hjemme fremfor å gå ut med venner. Tillitten til og samhørigheten med andre synes å være svekket. Den store kroppen er medvirkende til at handlingsrommet snevres inn, og hindrer dem i å leve livet de ønsker. Helsemessige problemer og risiko for ytterligere uhelse i tiden fremover, gjør at fremtiden kjennes uforutsigbar og utrygg. De prøver å "ta seg selv i nakken" og å gjøre noe med situasjonen, men faller tilbake til gamle vaner og mislykkes gang på gang. Operasjon synes å være siste utvei for håpet om en lettere kropp og lysere fremtid.

## 6. Spisingen blir et eget prosjekt

Dette kapitlet tar for seg endringer informantene har gjort seg hva gjelder endringer i spise- og måltidserfaringer, fra tiden rett etter operasjonen og frem til intervju tidspunktet.

Informantene strevde med spisemønsteret sitt før operasjonen. En nærmest ubegrenset tilgang til mat gjør at noen småspiser gjennom hele dagen, mens andre forteller om få og store måltider. For noen inngår mat og spising i mer komplekse meningsmønstre, der mat og spising blir et middel til å døyve vanskelige følelser og å mestre tilværelsen. Fra å ha frihet til å kunne drikke og spise hvor ofte og mye de ville, må de etter GBP-operasjonen tilpasse seg et strikt matregime. Noen understreker dette ved å si: *Spisingen blir et eget prosjekt.*

Ved normale anatomiske forhold blir maten eltet og blandet med ulike fordøyelsesvæsker i magesekken, for deretter å bli sluppet i små porsjoner ut i tynntarmen. Etter operasjonen føres maten ned i en minimagesekk og deretter direkte ned i tarmen. Det er ingen lukkemuskel mellom magesekk og tarm slik det er under normale anatomiske forhold, som regulerer og slipper maten ut i tynntarmen i små porsjoner. Porsjonene må minskes og maten må tygges godt for å unngå og at den ”dyttes” ufordøyd ned i tarmen. Øverste del av tynntarm der spaltingen av blant annet fett og sukker starter er ”bypassen”. Det medfører malabsorpsjon, og spaltingen av mat og næringsstoffer starter lengre nede i tarmen. Dette kan medføre ubehag spesielt ved inntak av energitette matvarer som inneholder mye fett og sukker. Samtidig er dette en ønsket ”bivirkning” etter GBP-operasjon. Restriksjon av magesekken gjør at pasientene påfølgende uker og måneder nærmest blir tvunget til å spise lite og ofte, og at ubehaget som oppstår ved inntak av f.eks energitett mat, skal hjelpe de til et sunnere matvarevalg (ibid).

### 6.1 Første tiden – en sjokkartet opplevelse

Når intervju personene snakker om den første tiden etter operasjonen er det først og fremst de dramatiske endringene i spisevaner og -mønstre som trekkes frem. Som ledd i den preoperative informasjonen fikk informantene vite at en operasjon alltid innebærer en risiko, og at ingen er garantert et vellykket resultat på forhånd. Det var mye spenning og usikkerhet



knyttet til den første tiden. Fungerte den nye magen som den skulle, og hvordan ville det kjennes ut å spise og drikke? Bjørn forteller eksempelvis:

*Det er klart når du har vært igjennom det, vet de har koblet om og gjort det og det nedi der..., da er du livredd første gang du skal begynne å drikke og spise selv, det er bare slik det er. Jeg turte nesten ikke svelge – var redd det skulle tyte ut...*

Tanker om hva de har utsatt kroppen sin for, og en redsel for at noe galt skal skje, dukker stadig opp første tiden. Å lytte til og rette seg etter den nye magens signaler, blir raskt en betydningsfull aktivitet. Drikket de for store mengder eller for raskt, blir magen hva de beskriver som *sprengt ut*, de får smerter og blir kvalme. Å være forbredt på endringene som kommer, og ha startet innarbeiding av nye spisevaner før operasjonen, trekkes frem som betydningsfullt av fleret:

*Jeg var så heldig at jeg fikk ni måneder på overvektspoliklinikken, slik at jeg fikk tid til, altså jeg fikk forberedt meg. Fikk inn riktig antall måltider og minsket de jeg hadde fra før. Det var en god hjelp. Det er klart at å måtte spise så lite, det er jo, jeg holdt på å si nærmest et sjokk og jeg tenkte i alle dager da jeg så den lille porsjonen foran meg, - skal du ikke ha mer liksom? Og så ble jeg veldig fort mett... det var jo så små mengder og jeg tok jo veldig lite for det hadde jeg fått beskjed om, men jeg ble jo mett før jeg fikk det i meg (Else).*

Bjørn og Elses uttalelser over er illustrerende for hva flere forteller. Det synes om det er først når de selv sitter med en liten porsjon mat foran seg de klarer å ta inn over seg og innse hvor store, dyptgripende endringer og utfordringer de står ovenfor i tiden fremover. Å sitte med en tallerken med 3-4 spiseskjeer moset mat foran seg og oppleve metthet<sup>15</sup> før de hadde spist opp alt, var en sjokkartet opplevelse. Tanker om matens betydning og hvilken rolle den har spilt i deres liv, sammen med en økt selvinnsikt om hvor ”galt” de har spist over tid, blir aktualisert. De forteller om en tid preget av ambivalens der eksistensielle spørsmål som: *Hva har jeg har gjort? Er dette meg? Hvordan vil fremtiden bli?*, stadig dukker opp. Tanker om livet de har levd og hvordan fremtiden vil bli, synes veksle mellom lettelse over at den nye magen fungerer som den skal, og håpet om en lettere fremtid.

Informantene gir uttrykk for å være fornøyde med informasjonen de fikk før operasjonen. De har hatt tid til å forberede seg, startet innarbeidingen av nye vaner og snakket med tidligere opererte. Hvordan kan det forstås at endringene kommer som en sjokkartet opplevelse?

Informantene forteller de før operasjonen var opptatt av hvor mye og ofte de skulle spise, men reflekterte lite over at de også måtte endre spisestil. Vår spisestil, dvs. hvor raskt vi

---

<sup>15</sup> Opplevelsen av metthet og sult utdypes videre i kap 6.3

spiser, hvor mye vi tar i munnen, hvor lenge vi tygger maten og om vi tar en pause etter hver munnfull, i stor grad er tillært og preget av kulturen og miljøet vi har vokst opp i. Den påvirker også våre følelser og opplevelsen av måltidet. (Buhl 1996). Å tilpasse seg et strikt matregime etter og hatt frihet til å kunne hva, hvordan, når, hvor ofte og mye de ville, kan by på store utfordringer og føles utrygt. De eksistensielle spørsmålene som dukker opp, indikerer at både endringer i mat- og spisevaner også berører dype og personlige sider ved dem selv.

## 6.2 Ubehag i forbindelse med måltider

Det er både fellestrekk og ulikheter i informantenes fortellinger når det gjelder ubehag som oppstår i forbindelse måltider. Alle har eksempelvis opplevd luftplager og rumling i magen, og selv om det kan rumle så høyt at andre høre det, fremkaller det oftest bare godlynt latter. Ingen trekker dette frem som et problem i sin hverdag. Smerter, kvalme og oppkast er plager som står beskrevet i litteraturen. Dette var et problem for noen rett etter operasjonen, for deretter å forsvinne. Når jeg spør etter utfordringer og problemer de har opplevd i etterkant av inngrepet, er det først og fremst dumping som førstepersonserfaring som trekkes frem. Med førstepersonserfaring tenker jeg på opplevelsen av kroppslig ubehag, signaler fra kroppen som er unike for den det gjelder. For å illustrere spennet i deres historier, velger jeg å gjengi sentrale trekk i informantenes fortellinger.

**Arne:** *Ja, det vil jeg si var første halvåret etter at jeg begynte å spise vanlig mat så hadde jeg dumping innimellom, men det fremkalte jeg også selv ved å spise ting som var for søtt, altså sukkerholdige ting som inneholdt store mengder hvetemel eller fete ting. Og jeg fikk jo etter hvert erfaringer på det, altså dumpingeffekten kom gjerne 10-15 minutter etter at du er ferdig med å spise og da får du et ubehag, det er ikke smertefullt, men du får et ubehag der du får kaldsvetting, varmsvetting om hverandre, hjertelapp, hurtig puls, så det eneste du orker å gjøre det er å legge deg på sofaen og ligge pal rett ut, og der ligger du fra alt til en halvtime til en time alt etter som dumpingen varer, det er aldri smertefullt men det er ubehagelig... Det er lenge siden jeg har hatt dumping nå ,kan nesten ikke huske...kanskje et halvt års tid, jeg skjønnte jo fort hvilke matvarer jeg kunne ete. For meg har det vært et bagatellmessig problem..*

Arne var den første jeg intervjuet. Det gjorde inntrykk å høre Arne rolig fortelle om hva jeg selv ville erfart som et kraftig kroppslig ubehag, samtidig som han omtalte det som et *bagatellmessig problem*. Da jeg ga uttrykk for at jeg syntes det hørtes ille ut, svarte han like rolig: *Det er slik det er for mange og ubehaget avtar etter hvert*. Hans erfaring med fenomenet er hva han omtaler som en helt normal form for dumping. Arne forteller at han har snakket med mange opererte som har hatt lignende symptomer, og slik jeg forstår ham, er dette med på å normalisere og ufarliggjøre eget ubehag. Han fremhever i tillegg dumpings

positive effekt: *Den hjelper oss til å holde oss borte fra mat som ikke er bra for oss...* På intervjutidspunktet gir han uttrykk for å være meget fornøyd med at han har hatt så lite ubehag, og at han langt på vei har kontroll med fenomenet. Han vet hvilken type mat som kan fremkalle ubehag, og prøver å unngå denne. Arne fremhever i tillegg at han får i diaré etter visse type mat, spesielt melkemat. Han har et skjevt smil rundt munnen når han forteller:

*... jeg er jo en av de som ikke tåler melken så godt... Å drikke vanlig melk eller sånne heftige melkeprodukter som fløteis eller noe sånt. Men jeg klarer jo ikke å motstå det. Så plutselig stopper jeg på Mac'ern og så kjøper jeg en ½ l bananmilkshake og drikker den, og så tar det en 2-3 timer og så sitter jeg på ramma. Men det er selvforskyldt...*

Ord som *klarar ikke motstå det*, indikerer at det kan være vanskelig å ha kontroll i alle situasjoner, selv om det medfører ubehag i ettertid. Når han sier *plutselig stopper jeg på Mac'ern*, får jeg et inntrykk av at han selv er overrasket at dette stadig gjentar seg. Arne gir et bilde av at det kan være vanskelig hele tiden å gjøre rasjonelle valg. For Arne vinner øyeblikkfølelsen, smaken, nytelsen og velværefølelsen ved å spise milkshake over fornuften og ubehaget i etterkant. Under intervjuet tar jeg meg i å tenke at det virker som milkshakespisingen gir ham en frihetsfølelse, at han opponerer mot egen kropp. Samtidig får jeg en forståelse av at *å sitte på ramma i etterkant*, er en straff han aksepterer og fortjener. Arne snakker flere ganger om hvor viktig det er å ha *fokus og kontroll*, spise små, hyppige måltider, ta seg tid og tygge maten godt med mer. Å spise *feil* kan få alvorlige konsekvenser:

*Eh, gjorde en stor feil her i våres og det var at jeg ..altså jeg er veldig fix på å spise det der med mat, følge faste spiserutiner og sånne ting, og så var det en dag jeg ikke spiste noen ting og det eneste jeg spiste var nygrillet kylling, kyllingkjøtt og ikke noe annet og da var jeg så sulten at jeg spiste, jeg gjorde alt feil...jeg slukte maten og det skulle jeg aldri ha gjort.. jeg endte på Akuttmottaket med tarmslyng...*

Arne understreker flere ganger under intervjuet hvor viktig det er å ha et fokus på hvordan en spiser selv. Å sluke maten resulterer i at maten dyttes ufordøyd ned i tarmen, noe som kan skape problemer. Arnes erfaring sier samtidig hvor viktig det er at den enkelte er forberedt på og inneforstått med en livslang endring av spisevaner. Å falle tilbake til gamle vaner, som å sluke en nygrillet kylling når sulten gnager, kan som i Arnes tilfelle få fatale konsekvenser. Selv om informantene kan spise mer ettersom tiden går, må de ta seg tid ved måltidene. Å spise sakte, tygge maten godt og begrense porsjonsstørrelsen er livslang endring de må være innstilt på. På intervjutidspunktet er det 19 måneder siden Arne ble operert, ca et halvt år lenger enn de andre deltagerne i studien. For å illustrere hvor mye matinntaket kan endre seg i løpet av 19 måneder, gjengir jeg Arnes uttalelse om hva han spiser i løpet av en normal dag:

*I dag så spiser jeg en helt normal porsjon. Jeg spiser to brødskeer til frokost og jeg spiser to brødskeer til lunsj og jeg spiser vanlig middag som består av en vanlig stor potet og kotelett, surkål og det som er en vanlig porsjon og jeg spiser to brødskeer til kvelds og jeg spiser kanskje fire til fem klementiner hver dag og drikker kanskje en liter Pepsimax og drikker to liter te... og det føler jeg vel kanskje er helt normalt...*

Arne har gått ned 86 kg, og jeg ble overrasket da jeg hørte hvor mye han spiste i løpet av en dag. Samtidig gir uttalelsen en indikasjon på hvorfor kanskje nettopp GBP-operasjonen har blitt så populær. De får et skikkelig ”kick” for å komme i gang, vekten nærmest raser ned, det blir lettere å bevege seg samtidig som de etter hvert som tiden går kan spise tilnærmet normale mengder mat. I tillegg kan påført malabsorpsjon være en hjelp til å holde stabil vekt og hindre vektoppgang. Ved stort vekttap faller hvilestoffskiftet<sup>16</sup> fordi det kreves mindre energi å holde en liten enn stor kropp i gang, og kroppen setter i gang prosesser som gjør det lett både å legge på seg og vanskelig å opprettholde vekttapet over tid (Hdir 2010).

**Berit** har i motsetning til Arne, vært mye plaget med dumping:

*Da jeg hadde spist et stykke brød så var magesekken full, men jeg var ikke mett, jeg følte sult hele tiden så jeg drev jo og økte til to slike små skiver da og det gjorde jo at magen ble sprengt ut og at jeg opplevde dumping. Og hvis det var noe for søtt eller noe for fett, og det skulle ikke være mye for fett før jeg fikk sånn kraftig hjerteklapp, svimmelhet, døsighet, - altså jeg ble så døs at jeg sovnet*

Berit mangler metthetsfølelse og klarer ikke tilpasse måltidsmengden til den nye magen. Hun stod slik jeg tolker henne overfor et vanskelig valg: Sultfølelse eller dumping. Hun sier:

*Sultfølelsen var så sterk at jeg bare måtte spise, selv om jeg visste jeg ble dårlig. Hun har ingen annen forklaring på dette enn hva hun beskriver som et vedvarende sug, et sug hun tidligere kunne døyve ved å spise større mengder mat. Samtidig forteller Berit at også hun unngår visse typer mat:*

*Jeg prøver å tenke sånn i forhold til fett og sukker. F.eks. marsipan, det er veldig søtt og fett, og jeg reagerte med kraftig dumping, det har jeg hørt andre si også, og det har jeg prøvd to ganger, og da reagerte jeg såpass ille at jeg ikke føler noe sug etter det, og det var problematisk før fordi marsipan er godt...*

Berit sammenligner egne erfaringer med andres, og mener ubehaget hun opplever i forhold til visse typer mat er vanlig. Uttalelsen indikerer at Berit er var kroppslige signaler når det

---

<sup>16</sup> Hvilestoffskifte er den energimengden kroppen forbruker for å holde kroppen og vitale organer i gang i hvile. Når vekten faller settes hvilestoffskiftet ned fordi det kreves mindre energi å holde en stor kropp i gang enn en liten. I tillegg settes det i gang en rekke hormonelle endringer som gjør at matlysten øker, samtidig som kroppen senker den normale forbrenningen. Dette kommer blant annet frem at hvis en sammenligner to personer som veier 100 kg og den ene har gått ned 10-15 kg, må personen som har gått ned i vekt sannsynligvis spise 200-400 kalorier mindre pr døgn i flere år for å beholde samme vektsom han som ikke har gått ned i vekt. Dette anses å være en viktig årsak til at det er vanskelig å opprettholde en vektreduksjon over tid. I tråd med denne kunnskapen anbefaler helsemyndighetene 60 minutter pr dag med moderat og/eller høy intensitet for å forebygge vektøkning, mens anbefalingen ellers er minimum 30 minutter fysisk aktivitet pr dag (Astrup 1998, Helsedirektoratet 2010)

gjelder type mat hun spiser, og det underbygger uttalelsen om at det først og fremst er mengde mat som volder henne problemer. På slutten av intervjuet tar Berit selv opp sin manglende metthetsfølelse og det vedvarende suget, dette er noe hun selv har begynt å reflektere over, jf. kap.6.3.1.

Når jeg spør Berit om hvordan personer i hennes nære omgivelser reagerer når hun får dumping, om de blir redde eller har forståelse for hva som skjer, ler Berit og svarer: *Vi visste jo at det ikke var noe alvorlig for dette med dumping hadde vi fått informasjon om, og de fleiper med det. Det er slik at når de har spist for mye så sier de: Åh nei, nå dumper jeg også. Dumping har blitt noe som mannen og vennene fleiper med, og det er slik jeg forstår henne, en befrielse. På intervjutidspunktet føler Berit fortsatt sult og spiser innimellom mer enn hva magemålet tilsier, men har en mildere form for dumping: *Jeg blir svett og tetner i nesa og det er det.**

**Anne:** *Det er jo litt flaks, jeg har hatt lite plager, men så har jeg til vanlig god kontroll med hva jeg spiser.. De gangene Anne har blitt dårlig, har alle skjedd i forbindelse med at hun har vært ute på restaurant og spist med venner. Hun mener dette skyldes at hun ikke har kontroll med matens innhold, og at hun blir fristet til å velge mat hun vanligvis ikke spiser: ... som på sensommeren da vi var ute og spiste fløtegratinerte poteter og lammekjøtt, og en annen gang da vi skulle kose oss og jeg spiste softis... Ellers så har jeg kontrollen nå... Anne synes det er ille at hun har fått dumping når hun har vært ute og kost seg sammen med venner: *Det er synd for det skaper så mye bry og oppmerksomhet når jeg blir dårlig og må hjem.**

**Bjørn:** *Dumping var noe nytt og rart å komme borti. Det har vært litt rart å spise etterpå, men du venner deg til alt. ... Jeg har aldri opplevd det som mange gjør at de blir kvalme med høy puls og slike ting. Men jeg har det slik at hvis jeg ikke spiser jamt så får jeg veldig sånn slik som jeg har nå, - nesten sånn lav blodsukkerfølelse. Jeg har aldri hatt diabetes så jeg vet ikke hvordan det føles, men det er sånn at du blir skjelven og får veldig søthunger faktisk.*

Bjørn beskriver dumping som en merkelig følelse han har begynt å venne seg til. Han trekker frem selve spiseaktiviteten som årsak til ubehaget. Betydningen av å spise regelmessig for å unngå lav blodsukkerfølelse<sup>17</sup>, kommer også frem i intervjuet. Han hoppet over lunsjen for å rekke avtalen med meg, og føler seg skjelven. Han forklarer videre: *Det er det at jeg innimellom blir litt sløv med å spise, slik som i dag, og da får jeg plager. Da har jeg behov for å spise noe fort som en vet en ikke kan, men det er min egen feil.* Også Bjørn trekker frem

---

<sup>17</sup>

at dumping er selvforskyldt, noe han selv fremkaller ved å spise ”feil”. Det er, slik jeg forstår ham, vanskelig å være strukturert og spise regelmessig når noe uventet inntreffer. Et år etter operasjonen, bruker han fortsatt 30 minutter på to skiver brød; *på jobben lurer de på om jeg har blitt drøvtygger*, sier han og ler. Både Bjørn og omgivelsene er klar over at han spiser annerledes enn andre, men ved å bruke humor synes det som om Bjørn ufarliggjør *drøvtyggingen* både ovenfor seg selv og andre.

**Dina og Else:** *Det med spising og maten har gått over all forventning.* Begge trekker frem at de har hatt minimalt med ubehag og mener det skyldes at de har overholdt *regimet*, dvs. fulgt kostanbefalingene nærmest til punkt og prikke. Dette var for meg et overraskende funn. Dina og Else opplevde begge et så kaotisk og problematisk forhold til mat at de søkte profesjonell hjelp før kirurgisk behandling. De bruker ord som *matmisbruk* og *spiseforstyrrelse* om vanskene sine. Det kunne derfor være grunn til å tro at de ville kunne få problemer i ettertid. Else forteller om oppfølging hos psykolog. Dina har benyttet seg av akupunktur og psykomotorisk fysioterapi. I tillegg har de gått i samtalegrupper sammen med andre kvinner med et forstyrret spisemønster. Begge fremhever hjelpen som svært positiv. De trekker frem at det har hjulpet de til å få større innsikt i og forståelse av sammenhengen mellom egne følelser og hvorfor de spiser som de gjør, og mener det har vært avgjørende for at de har mestret tiden i etterkant av operasjonen så bra som de har gjort.

Sveneus (2005) hevder at vi har det best med egenkroppen når vi kan ta for gitt at den samarbeider og lystrer oss i ulike gjøremål. Operasjonen endrer informantenes vanemessige måte å spise på, med hva som kanskje best kan betegnes som et dramatisk sett. Den nye magen oppleves som noe nytt og fremmed ved egenkroppen som de må bli kjent med og ikke har internalisert som en del av seg selv. Dette forårsaker et brudd med tidligere vaner.

I følge Merleau-Ponty (1994) skjer tilegnelse av nye vaner gjennom *gripen av en betydning*, det er *kroppen som forstår* under ervervelse av en vane (s.99-100). Etter GBP-operasjonen er kroppens jeg-kan og jeg-vet langt på vei brutt sammen når det gjelder tidligere spisemønstre og – vaner. Informantene går inn i en periode som krever nylæring, og spising blir en aktivitet som krever bevissthet og refleksjon. Gjennom kroppen erfarer mennesket seg selv, kroppen er et lærende subjekt og bærer av både innsikt og erfaring (ibid). Egenkroppen gir informantene tydelige signaler i form av kroppslig ubehag hvis maten ikke tygges godt nok, de spiser for raskt, feil type mat eller for store mengder. Dette er signaler som informantene må lære å forholde seg til, tyde, tolke og rette seg etter. Etter hvert som tiden går, avtar det kroppslige

ubehaget i form av dumping. Dette kan være en indikasjon på at *kroppen forstår* gjennom *gripen av betydning*, og at informantene bevisst eller ubevisst tilpasser seg den nye magens signaler.

Informantens erfaring av egenkroppen får betydning for deres perspektiv på tilværelsen. Dumping er et signal fra kroppen som påkaller deres oppmerksomhet. Når dumping oppleves så intenst at alt annet kommer i bakgrunnen, blir dumping et fenomen som er med på å regulere nærhet og avstand til andre. Når fenomenet inntreffer, og informantene må trekke seg tilbake fra sosiale settinger, skapes en avstand til de andre. Samtidig er det interessant å legge merke til hvordan dumping etter en tid blir et fenomen de venner seg til. Å oppleve dumping etter visse typer mat synes inngå i et vanemessig mønster, og blir en del av deres måte å være i verden på. De aksepterer langt på vei ubehaget som kommer, og beskriver fenomenet som noe positivt som hjelper de til å ha kontroll med hva og hvordan de spiser. Dumpingubehaget motiverer de til å spise små, hyppige og mindre energitette matvarer. Til tross for ubehaget synes dumping å gi en opplevelse av kontroll de har tidligere har savnet. Selv om noe av tryggheten og velværen i forbindelse med måltidene er redusert, aksepterer de derfor langt på vei ubehaget som kommer i etterkant.

Kristin Heggen (2007) skriver i boken *Humanistisk sykdomslære* om hvordan det unormale kan bli det normale, og hvordan en lidelse får mening gjennom begreper som lånes fra medisinen. Jeg har her lyst til å trekke en parallell til mine informanter og dumpingfenomenet. Ubegagat de opplever får mening gjennom det medisinske uttrykket *dumping*, et ubegag som de er informert om høyst sannsynlig vil inntreffe etter kirurgi. Informantene snur dermed en ”unormal” ubegaglig kroppslig opplevelse om til noe normalt. Dumping blir internalisert som en del av et ubegag som kan oppstå etter GBP-kirurgi, et ”normalt” ubegag som ikke forbindes med sykdom og som de etter hvert venner seg til. Dumping omformes også til verbet *dumper* når vennene til Else sier *nå dumper jeg også*. Det virker derfor som dumping blir et naturlig ord som etter hvert får innpass i språket både til personen selv og nær omgangskrets.

### 6.3 Metthet og sult

Før operasjonen ble informantene forespeilet en tidlig metthetsfølelse selv ved inntak av små mengder mat. De fleste opplever og undrer seg over dette. Men en vedvarende

metthetsfølelse og en manglende sultfølelse kan også bli en kilde til frustrasjon. Aktiviteter må avbrytes og det er lett å glemme måltider når sultfølelsen mangler. Ingen forteller de ser frem til måltidene, og velværefølelsen etter å ha spist synes å være fraværende første tiden. De følger likevel måltidsanbefalingene så godt de kan. Mobil med alarm som varsler måltider blir et viktig hjelpemiddel for flere. God informasjon forut for operasjonen og vissheten om at dette er en periode de må igjennom, tillegges betydning. Belønning for strevet får de når de går på vekten, - et vekttap på opptil flere kilo i uken. *Det var en utrolig herlig følelse*, som noen utbryter. Det gjør jobben de utfører for å få i seg tilmålt mengde mat og drikke meningsfull, og motiverer de til å fortsette.

Informantene tilpasser seg gradvis den nye situasjonen. De lærer seg hva skal spise for å unngå ubehag, og økningen av matinntaket skjer nesten av seg selv. På intervjudtidspunktet spiser de hva de betegner som *tilnærmet normalt*; det vil si i hovedsak det samme som andre, men i mindre mengder. Til middag spiser de en liten normalporsjon. De har ikke plass til mer, selv om de kunne ønske det. Anne sier eksempelvis: *Det å spise for mye går dårlig, da står maten her* (tar seg mot halsen), *og så får du vondt og må stoppe*. Noen bruker uttrykket *tvangen jeg har i magen*, og referer til den som noe positivt som hindrer de fra overspising. Informantene hevder den nye magen gir de en følelse av kontroll som de tidligere har savnet.

Selv om informantene ikke føler sult, er lysten og appetitten fortsatt tilstede. *Øynene blir sultne*, som de sier. Den nye magen er ikke til hinder for at de etter noen måneder kan begynne å småspise litt mellom måltidene eller at porsjonsstørrelsene øker raskere enn anbefalt. Samtidig begynner noen å undertrykke de negative tilbakemeldingene fra magen. Det kommer til uttrykk ved at de stadig tøyer og prøver ut nye grenser. Det synes som om minner om den gode smaken og velværefølelsen etter å ha spist visse typer mat, "sitter" i kroppen. Selv om de eksempelvis har erfart kraftig dumping etter å ha spist sjokolade, prøver de på nytt etter en stund. Smaker noe ekstra godt spiser de innimellom mer enn de bør, selv om magen gir signaler om at de bør stoppe. Den kraftige dumpingene noen opplevde første tiden, svekkes etter hvert som månedene går. For noen blir det et problem, og det kan virke som om det er den nye magen som kontrollerer matinntaket og ikke personene selv.

Anne bor et sted med høy tetthet av butikker, kiosker og gatekjøkken, og opplever at viljestyrken hennes stadig utfordres. *Overalt er det mat og fristelser*, som hun sier. Hun har



laget seg sitt eget ord, *matsorg*<sup>18</sup>, om mat hun ikke kan spise og legger til: *Det er en sorg jeg må lære meg å leve med*. Selv om hun har lyst, har hun sluttet å kjøpe boller eller pizzaslides på Deli de Luca. Hun prøver i stedet å fokusere på sunn og god mat og trøster seg med at andre har det verre enn henne; *blant annet allergikere som nesten ikke kan spise noe*.

Når jeg snakker med informantene om metthet og sult, får jeg et inntrykk av at dette er tvetydige begreper. Utsagn som *får ikke ned mer, maten stopper her (halsen), signaler fra magen om at jeg må stoppe, vondt og må slutte å spise*, kan tolkes som at de langt på vei setter likhetstegn mellom metthet og ikke få ned mer mat. Samtidig indikerer manglende sultfølelse før neste måltid at de opplever en reell metthet. Sult og metthet er begreper som kobles sammen, det ene brukes for beskrive det andre og omvendt.

Informantene beskriver hvordan følelsen av lyst og appetitt kan vekkes når de eksponeres for noe som ser godt ut. En slags "vil-ha-det-følelse" som tolkes som sult, selv når de føler seg mette. Lignende erfaringer beskrives når informantene deler et godt måltid sammen med venner eller spiser noe ekstra godt. Lysten til å spise mer er tilstede, selv om de "egentlig" er mette. Anne opplever at viljestyrken hennes stadig utfordres, og vurderer å flytte fra byen hvis hun ikke klarer å stå i mot godsakene. Det er slik jeg tolker henne, en erkjennelse av at maten hun blir eksponert for, er med å styre valgene hun tar.

Merleau-Ponty (1994) sier vi aldri er enten-eller, men alltid både-og. Det kommer også til uttrykk når informantene beskriver sult og metthet. Det er en slags sirkularitet der det ene vanskelig kan skilles fra det andre. Sult og metthet er begge fenomener som oppstår i kroppen, og trigges av ulike årsaker. Når sulten vekkes i kroppen oppstår et behov, en følelse av ubalanse som erfaringsmessig kan dekkes med mat.

Duesund (2001) trekker sultfølelse frem som et eksempel på at de indre organers automatiserte funksjon kan sette oss i en situasjon som begrenser våre muligheter og valg. Kroppen må tilføres mat og drikke for at vi skal leve. Sult er en subjektiv følelse som springer ut i fra kroppen, påkaller vår oppmerksomhet og er tilstede inntil den blir tilfredsstilt. Uten opplevelse av fysiologisk sult, ville menneskeheten kunne dø ut ved mangel på mat (ibid). Samtidig skaper dette problemer når sult og behovet for mat i vårt overflodssamfunn trigges og utløses av synet eller lukten av noe godt. Behovet for mat melder seg oftere enn kroppen

---

<sup>18</sup> Matsorg blir tatt opp som eget tema i kap. 6.7

har godt av, og skaper et problem når mattilgangen er nærmest uendelig og de magre tidene uteblir.

### 6.3.1 Berit og hennes opplevelse av et vedvarende sug

Ikke alle opplever metthetsfølelsen de var forespeilet. Berit forteller:

*Jeg er skuffa, men ikke overraska. Kan aldri huske å ha kjent den mettheten andre snakker om, jeg har et slags sug i kroppen jeg ikke får tilfredsstilt og det gjør at jeg lett spiser for mye.*

Hva *suget* er eller kommer av, har hun ingen forklaring på, det har bare vært der så lenge hun kan huske. Hun forteller videre: *Jeg var igjennom en totalt mislykket slankeoperasjon, en sånn bandingoperasjon<sup>19</sup>, på 1980-tallet, men ble ikke mett som de andre da heller. Når Berit er fratatt muligheten til å spise større mengde mat, blir suget mer intenst og noe hun ikke kan unnslippe: Sulten og suget kan ikke lenger kan spises bort, som hun sier. Samtidig tenker hun mye på hva som kan være årsaken:*

*Jeg er ikke utad de som har hatt store traumer som har gjort at jeg har lagt på meg, og dermed så vet jeg ikke hva som har gjort at jeg har byttet følelser med mat. Og jeg har ikke oppsøkt psykolog selv, så jeg sitter enda og vet ikke hva årsaken er. Så om noen kunne kommet og sagt det...*

Berit tror det ligger noe ubevisst bak sultfølelsen og suget som hun ikke får tak i, og hun ønsker å få klarhet i. Hvordan kan dette forstås?

*Glæmsel er en akt; jeg holder den pågående erindring på afstand, ligesom jeg ser forbi en person, jeg ikke vil se... således kan vi i hysteri og fortrængning være uvitende om noget samtidig med, at vi vet det, fordi vore erindringer og vor krop ikke fremtræder for oss i enkeltstående og bestemte bevidshedsakter, men omslutter hinanden i generalitet (Merleau-Ponty 1994:123).*

Ifølge Merleau-Ponty kan vi ubevisst fortrenge og holde vanskelige hendelser på avstand.

Men når bevisstheten er en del av kroppen, kan det fortrenge likevel gi seg kroppslig utslag. Hysterikeren som nevnt over tyr til hysteri for å unnslippe en vanskelig situasjon, hysteriet blir et skjulested og en form for eksistens som stenger alt annet ute. Som en parallell til hysterikerens historie kan det reises spørsmål om fortrenge problemer eller hendelser i Berits liv kan komme til uttrykk som et vedvarende sug. Spising av større mengder mat blir da et ”skjulested”, en form for eksistens som stenger det vonde ute. Berits uttalelse om å bytte følelser mot mat indikerer, slik jeg forstår henne, at det er følelser det dreier seg om.

---

<sup>19</sup> Gastic banding er en operasjon der de setter på et bånd rundt magen for å minske magestørrelsen. Mage-tarmkanalen beholdes ellers intakt

Å lindre suget ved spising kan jf. Merleau-Pontys filosofi forstås som en kunnskap og innarbeidet vane som sitter i kroppen, en form for mestringsstrategi Berit bevisst eller ubevisst benytter seg av. Når den habituelle kroppen endres under operasjonen fratas hun denne. I mangel av andre løsningsstrategier, forsøker hun å lindre suget ved å øke porsjonsstørrelsen raskere enn hun skal, selv om det medfører kraftig dumping i etterkant. Når Berit gang på gang undertrykker og ikke lytter til signalene fra den lille magen, mister hun muligheten til å tilegne seg en kroppslig kunnskap om hva som er en passende porsjonsstørrelse. Den nye magen gir henne ikke den hjelpen og opplevelse av kontroll, som flere andre av informantene beskriver. Restriksjonen fremstår i stedet som en form for ”mekanisk tvang” som hindrer henne fra å spise større mengder mat. Berit går ned i vekt, men det er lett å tenke at så lenge hun undertrykker signalene fra magen og fortsetter å spise, vil hun kanskje om noen år oppleve GBP-operasjonen, i likhet med bandingoperasjonen på 1980-tallet, som mislykket.

Merleau-Ponty (1994) og fenomenologien ser kroppen som et menings- og uttrykksfelt. Det blir da naturlig å stille spørsmålene: Hva er det vedvarende suget Berit opplever uttrykk for? Hva er fedmen uttrykk for? Kan det være slik Berit selv mistenker at en det ligger noe under, og som Merleau-Ponty (1994:25) uttrykker at *en fortrent opplevelse av gammel nåtid stadig hjem søker den nåværende kroppen?* Berit setter selv det vedvarende suget i forbindelse med sin egen utvikling av fedme, og gir under intervjuet uttrykk for ønske om å snakke med en psykolog. Kanskje er det hjelpen hun trenger for å kunne leve med og/eller dempe *suget* på sikt? For å illustrere at dette kan være et viktig steg på veien for noen, velger jeg å trekke frem biter fra Else og Dinas historier. Begge innså og aksepterte at de hadde et alvorlig spiseproblem før operasjonen, og søkte hjelp for dette.

*Jeg gikk i mange år med mye angst etter vonde opplevelser i barneåra, og det er klart at å kunne spise og jeg holdt på å si å kunne bruke mat til å skremme vekk alt som var vondt, det var jo en veldig stor betryggelse... Men på slutten var det mer at jeg satt fortvilet i sofaen og kroppen gikk for å finne seg mat. Jeg ville egentlig ikke, men det var en sånn følelse og det var ille (Else).*

Else forteller hvordan traumatiske hendelser fra fortiden, stadig hjem søker kroppen hennes som voksen. Når alt føltes utrygt og vondt, ble mat og spising en aktivitet for å holde vanskelige og traumatiske opplevelser på avstand. Det er nesten skremmende å høre Elses beskrive hvordan *kroppen gikk av seg selv for å finne mat*. Overspisingen kan slik jeg forstår Merleau-Ponty sin filosofi, tolkes som en vane og kunnskap som sitter i kroppen og som Else, bevisst eller ubevisst, kan benytte seg av for å gjenopprette en balanse av og følelse av ro og trygghet. Hun innså til slutt at hun trengte hjelp til å bearbeide problemene sine. Else har i

flere år gått både til psykolog og i en samtalegruppe sammen med andre som å har et forstyrret spisemønster. Hun trekker frem hjelpen hun har fått som betydningsfull og sier: *De vonde opplevelsene vil alltid være der, men nå kan jeg kjenne på dem uten at de tar fullstendig overhånd.* Hun forteller blant annet om avledningsmanøvre hun har lært seg når behovet for mat kommer: *Jeg går ut en tur, tar en telefon til en venninne og forsøker å gjøre noe som leder tankene vekk fra mat.* Samtidig er hun klar på at lysten til å spise fortsatt kommer, og sier *når lysten kommer er jeg glad jeg har tatt operasjonen og har den i hodet og kroppen og at det ikke er mulig å spise større mengder mat.*

Dina har i lengre tid har gått i Interessegruppe for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS). Dette har hjulpet henne til å anerkjenne, åpne opp og snakke om hennes eget problematiske forhold til mat. I tillegg trekker hun frem psykomotorisk fysioterapi som en hjelp til å akseptere egen kropp og følelser: *Psykomotorisk trening har hjulpet meg veldig både i forhold til kropp, overvekt og alle andre tanker rundt operasjonen også. For den massasjen jeg får – egentlig for andre ting - , det er helhetlig behandling...og akupunktur for å styrke og bedre energi, det hjelper...* Dina erfarer å ha fått en behandling der hennes behov har blitt møtt og stått i fokus. I tillegg til massasje og akupunktur, har fysioterapeuten hatt en tilnærming der kroppen har blitt språksatt og det er åpnet opp for samtaler som angår viktige ting i hennes livssituasjon.

Det er interessant å legge merke til at de som søkte hjelp for et forstyrret spisemønster før operasjonen, er de som har hatt minst ubehag og plager med dumping i etterkant. De har begge har fått hjelp til å åpne opp for underliggende problemer, å kjenne på og snakke om dem. Vanskelige følelser er ikke lenger tause erfaringer, men erfaringer de har lært seg å sette ord på. Erfaringene må de bære med seg videre i livet, men økt forståelse for sammenhengen mellom mat og følelser, og hvilken rolle maten har spilt i deres liv, gjør de lettere å bære. Det har hjulpet de til å klare og jobbe med matvanene sine på en ny og mer konstruktiv måte.

#### **6.4 Å spise annerledes – et tvetydig prosjekt**

I begynnelsen av intervjuet snakker informantene om hva, hvor ofte og hvordan de spiser. Jeg opplever dette som ”faktaopplysninger”, som i stor grad stemmer overens med informasjonen de fikk før operasjonen. Etter hvert som intervjuet skrider frem, endrer informantene fortellinger om mat og måltider form. De forteller om hva og hvordan de bør spise, men

trekker samtidig frem at det er ikke lett å opprettholde dette "regimet" over tid. Dette kommer blant annet til uttrykk ved fellesmåltidene.

Mat og måltider bringer folk sammen, og mat er en sentral faktor som forbindes med hygge og kos i sosiale sammenhenger. Informantene har fulgt anbefalingene om å informere nær familie, gode venner og kollegaer om endringene som skulle komme etter operasjonen. Dette trekkes frem som betydningsfullt, og de opplever å bli møtt med forståelse av og bli tatt hensyn til i sosiale situasjoner. Informantenes endrede matvarevalg legges merke til og de får ofte ros og anerkjennelse for dette. Frukt, grønnsaker og "ren" mat gir signaler til andre om en person som er i ferd med å ta et oppgjør med tidligere spisevaner. Men selv om informantene etter hvert spiser hva de beskriver som tilnærmet normalt, opplever de å spise annerledes enn andre. Under intervjuet gir flere uttrykk for en tvetydig holdning til de nye kostvanene de er anbefalt å følge.

Mat har en funksjon utover å dekke kroppens behov for ernæring, hva vi spiser og ikke spiser tillegges betydning også i en kulturell meningssammenheng. Elisabet L'Orange Fürst (1995) gir et bilde av måltidets betydning i boken *Mat et annet språk*. Som tittelen antyder, fungerer mat som en formidlingsprosess mellom enkeltmennesket og gruppen. Hvilken type mat vi spiser gir andre et inntrykk av hvem vi er eller ønsker å fremstå som, og settes i sammenheng både med kultur klasse, kjønn og identitet (ibid). Måltidene blir små rituelle utstillinger som tillegges mening, og forteller omverdenen om hvem vi er eller vil være. I boken gir hun også et bilde av måltidets sterke og sosialiserende kraft. Det forventes at den enkelte tilpasser seg andres spisetider og måltidsrutiner, og at man spiser etter bestemte regler ut i fra et fellesskap. Når bordets gleder skal deles, forventes det at alle deltar (ibid).

Else og Bjørn, som begge har barn, er opptatt av å finne løsninger som ivaretar både eget og familiens behov. De har valgt å løse utfordringene på forskjellige måter:

*Jeg har ikke lyst til å bli noen sånn frik..... i helgene skeier jeg ut, ernæringsfysiologen synes ikke noe om det, men det må være lov å leve litt normalt familieliv også..... Det må jo være det som en gjør i hverdagen som betyr mest, og så lenge jeg går ned i vekt eller vekta er stabil, så kan det vel ikke være så gæærnt (Bjørn).*

Bjørn spiser annerledes enn resten av familien uken igjennom, men for å opprettholde hva han forbinder med et *normalt familieliv* i helgene, koser han seg med litt ekstra god mat i helgene. Han gir uttrykk for at dette er et gjennomtenkt valg som gjør det lettere å holde dietten uken igjennom. Bjørn synes ikke noe om en person som konstant er opptatt av sunn mat og hva en kan og ikke kan spise, - hva han omtaler som *en frik*. En tolkning av dette kan være at han

selv opplever matregimet han selv er anbefalt å følge som unormalt strengt, og at bare en *frik* ville klare å følge dette over tid. Bildet av seg selv som *en frik* identifiserer han seg ikke med, et bilde han heller ikke ønsker å gi av seg selv til andre. En annen tolkning kan være at dietten han er anbefalt å følge, ikke inngår i den matkulturen han selv opplever å være en del av eller ønsker å tilhøre.

Else derimot, holder seg til et ”strikt” regime uken igjennom:

*Mannen min sier lite, men ungene de synes det er helt forferdelig. Nå har de begynt å venne seg til at mamma skulle spise like lite som toåringen, det synes de var veldig rart. Og så synes de det er litt kjedelig at jeg ikke kan være med på all den koespisingen lenger. De synes det er litt trist at jeg må sitte og spise knekkebrød og frukt i stedet for pølser og pommes frites. Og det er jo mange andre som kommenterer at jeg ikke spiser som andre lenger, og at jeg ikke kan være med på store kakefester og sånne ting (Else).*

Else har ansvaret for matlagingen i familien, og under intervjuet kommer det frem at hun fortsatt lager god mat og baker kaker til resten av familien i helgene. *Jeg unner ungene og mannen min noe godt*, som hun sier, selv om hun ikke spiser det selv. Else ønsker med dette, slik jeg forstår henne, å vise både omsorg, sjenerøsitet og kjærighet ovenfor resten av familien. Men kosen blir ikke den samme når ikke mor er med, og det blir innimellom hva jeg forstår som en trykket stemning rundt bordet. Elses nye matvaner får dermed konsekvenser både for henne selv og familien.

Elses rolle på kakefestene er endret. Hun prøver å unngå kakespising, og kan derfor ikke være med å dele gleden og nytelsen av å spise en god kake eller rose smaken på baksten slik hun gjorde tidligere. Dette demper muligens noe av kosen og gleden ved å spise for andre. Kanskje er det en påminning om at kaker ikke er så sunt og kanskje noe de også burde unngå å spise? Eller kan det forstås som kakene de spiser ikke er bra nok for henne lenger? Hva Else velger og ikke velger å spise, kan gi tvetydige signaler til andre i selskapet om hvem hun er eller ønsker å være. Å spise annerledes skaper reaksjoner. De kan muligens tolke endringene som et signal om at hun ikke lenger er eller ønsker å være en av dem, og at hun i fremtiden ønsker å være en annen. Kanskje kan det også oppfattes dit hen at hun også prøver å endre dem, og at hun ikke var fornøyd med den hun var sammen med dem før?

Å spise ute på restaurant, kan være en utfordring. En av mennene forteller:

*Jeg har jo en stor kropp enda, og det er jo vanlig at de med store kropper spiser mye, sånn er det bare, og det er frustrerende når jeg ikke får ned mer og noen spør: Er det noe feil med maten?*

Når en voksen mann med blir sittende å tygge og tygge, spise litt grønnsaker og kjøtt og la resten ligge igjen på tallerkenen, oppleves det forvirrende og skaper nysgjerrighet. Det synes

være et brudd med forventningene til den store mannskroppen som krever en forklaring. Mens Arne og Bjørn forteller de stadig blir møtt med misbillige blikk og hoderisting når de er ute og spiser, synes dette lettere for kvinnene. De opplever situasjonen frustrerende, men det virker som om det er større aksept for dem å smile og si *nei takk*. Den store kvinnekroppen er kanskje forklaring nok, uten at de trenger å rettferdiggjøre at de spiser lite?

Informantene gir uttrykk for at de nye mat- og spisevanene som de er anbefalt å følge, oppleves som et tvetydig prosjekt. De er fornøyd med den lille magen som en hjelp til å redusere porsjonsstørrelse og sunne matvarevalg, men noe av kosen og tryggheten ved å dele et måltid sammen med andre er borte. De spiser annerledes, en erfaring som forsterkes gjennom kommentarer fra andre. Hva og hvordan informantene spiser får mening utover det de selv kan påvirke. De bryter med forventninger og normer som stilles til måltidsfellesskapet. En som ikke spiser som de andre, fremstår som annerledes og individuell. De som ikke kjenner informantenes historie, kan tolke den forsiktige spisingen og vedvarende tyggingen sammen med andre som et tegn på at maten ikke smaker godt.

Et endret spisemønster sammen med alkoholforbud i etterkant av GBP-operasjonen kan bidra til at noen trekker seg vekk fra sosiale aktiviteter med kollegaer og venner, og tilbringer de første 6-10 månedene hjemme i isolasjon (Rush og Adris 2007). Selv om ikke dette er et funn i min studie, kan informantenes erfaringer gi forståelse for at noen velger denne løsningen for å slippe brysomme spørsmål, og fremstå som annerledes enn andre.

Merleau-Pontys (1994) livsverdensbegrep *væren-til-verden* understreker menneskets grunnleggende tvetydige eksistens som både natur- og kulturvesen. *Bevisstheten kaster seg ut i verden og har en kropp, liksom den kaster seg ut i en kulturell verden og har holdninger* (s.91). Vi retter oss forstående mot våre omgivelser, men blir også rettet av de. Gestus og kroppsholdninger tolkes og tillegges mening i interaksjon med andre. Når en voksen mann eller kvinne spiser mindre enn forventet, skaper dette følelsesmessige reaksjoner både hos den som spiser og den som serverer maten. Kroppslige uttrykk, kommentarer og den emosjonelle tolkningen av disse, er med på å prege både spisingen og måltidet. "Tause" uttrykk i form av kroppsholdning og mimikk oppleves ubehaglig, og er vanskelig å beskytte seg mot. Dette gir også et bilde av at det kan være vanskelig å opprettholde et strengt kostregime over tid, hvis den det gjelder ikke har et støttende miljø rundt seg.

Uttrykket: *Du blir hva du spiser*, brukes ofte på folkemunne. Det sier noe om at gjennom maten kan vi skape oss selv, og gir et bilde av at vi er autonome personer som står fritt til å

velge hva vi vil spise. Opplevelsen av frustrasjon og annerledeshet som informantene trekker frem i dette kapitlet, gir indikasjoner om at vi kanskje ikke står så fritt som vi liker å tenke. fritt. Å spise det samme som andre symboliser et fellesskap og skaper nærhet, å spise annerledes kan skape avstand. Informantene er selv en del av en matkultur og et miljø. Dette innebærer at selv om de er innstilt på og motivert til å endre sine matvaner, kan det være en utfordring å opprettholde disse over tid så lenge omgivelsene ikke gjør det samme.

## 6.5 Trøstespising – å "svelge" ned uhåndterlig følelser med mat

Under intervjuet konfronterte jeg informantene med Rugseth (2004) sin uttalelse:

*Mange overvektige spiser og legger på seg fordi de finner trøst, trygghet og behag i mat og måltider, og spurte "Hvis dette er/var tilfelle for deg, hvordan blir behovet for stimulering gjennom mat håndtert når kirurgi stenger av muligheten til å innta større mengder mat?"*

Ingen av mennene kjenner seg igjen i uttalelsen, begge fremhever raskt et dårlig spisemønster som årsak til fedmen. Arne hadde et yrke der han kunne putte i seg godsaker hele dagen, noe som resulterte i et hva han kaller et *sinnsykt spisemønster*. Han har sluttet i jobben, og mener problemet derfor langt på vei er løst. Bjørn spiste minimalt på dagtid, for så å spise store mengder mat på kveldstid. Han er fornøyd med endringene han har gjort så langt, opplever god støtte fra familie og venner og mener han er på rett vei. Kvinnene derimot, omtaler trøstespising som et velkjent fenomen:

*Da jeg gikk ut på gaten og så avskyen i øynene til folk, gikk jeg hjem og trøstet meg med maten. Uansett situasjon kunne jeg bare gå hjem og spise. Maten ble den beste venn jeg hadde (Berit)*

*Når overvekten hindrer deg i å være aktiv og du ikke lenger kan gå på byen med venner, da er det trøst og spise....og det har vært frustrasjon ja og trøstespising (Anne)*

*Å kunne bruke mat til å skremme vekk alt som var vondt, det var jo en veldig stor betryggelse(Else)*

Utsagnene illustrerer at mat og spising har hatt en funksjon ut over å dekke kroppens behov for ernæring. Mat brukes som trøst etter krenkende situasjoner, til å dempe frustrasjoner og uro, som erstatning for savn og sosial kontakt, og blir et middel til å dempe og holde vanskelige følelser unna. Når jeg spør om hvordan de har det på intervjutidspunktet, forteller flere at behovet for trøstespising er betraktelig mindre. Endrede holdninger fra andre trekkes frem som en medvirkende årsak til dette. Objektkroppen spiller en mindre dominerende rolle i møtet med andre. De kan, slik jeg forstår de, "hvile" i egen kropp når de går ut, i stedet for at de spenner kroppen for å beskytte seg mot krenkende erfaringer i form av stirrende blikk og spydige kommentarer. De tør i større grad åpne seg opp for og rette seg i mot omverdenen og



opplever å få positiv respons tilbake. Den isolerte tilværelsen noen snakket om før operasjonen er langt på vei brutt, og de fremholder at dette gjør at behovet for trøstespising har avtatt. Men behovet dukker fortsatt opp innimellom. Dina er midt oppi en vanskelig sak som stresser henne og sier: *Og det gjør at jeg har fått dilla på pistasjnøtter...og da blir det mer enn en liten håndfull, det er ikke bra, men sånn er det..*

I følge Merleau-Ponty er følelser en subjektiv opplevelse som også har et kroppslig uttrykk. Hvis kroppens signaler til stadighet undertrykkes, fratas en mulighet til å utvikle kunnskap om egen kropp og følelsesliv. Det kan igjen være med å opprettholde tanker om at kroppen må disiplineres og underkastes viljens kontroll i form av strenge dietter og trening, uten at det gripes fatt i underliggende problemer. Slik jeg forstår Merleau-Ponty er det aldri mulig å få full innsikt i egen bevissthet, men har en slettes ikke innsikt, får den likevel et kroppslig uttrykk, jf. hysterikeren kap.6.3.1. Fedmen kan i lys hans filosofi forstås som et kroppslig uttrykk for et underliggende problem. Hvis mat stadig brukes til å mestre og svelge ned uhåndterlige følelser, kan dette over tid føre til fedme.

Buhl (1996) peker på at trøstespising er normalt når vanskelige livssituasjoner inntreffer. Spisingen kan lindre og lette på indre spenninger som usikkerhet og savn for en stund. Men kroppslig uro kan og være et uttrykk for uløste konflikter, vanskelige følelser, minner en ikke vil vedkjenne seg og ønsker å legge bak seg (ibid). Trøstespising vil da kun gi en kortvarig lindring før kroppen gjenopptar sin indre monolog. Hvis spenningen ikke får utløp, kan den kroppslige uroen igjen føles så overveldende at trangen til å spise kommer tilbake. Hvis truende og vanskelige følelser stadig "svelges" ned med mat forblir de uløste, og maten blir et substitutt for andre ting vi trenger (ibid). Ordene uteblir, noe som kan gjøre det vanskelig å bli kjent med, forstå og få kunnskap om hva kroppen egentlig uttrykker.

Mennene benekter trøstespising, mens kvinnene omtaler det som et kjent fenomen. Hvordan kan denne forskjellen forstås? Jeg har som nevnt innledningsvis ikke til hensikt å legge et kjønnsperspektiv på studien, men flere ganger underveis i arbeidet med materialet har det slått meg hvor forskjellig kvinner og menn snakker om egen kropp og utseende.

Haug (1990) peker på moral som bindeledd mellom kropp og samfunn, hvor dens oppgave er å ivareta orden og samhold i samfunnet, jfr kap. 3.4.1. Å holde orden på kroppen innenfor

normalitetens<sup>20</sup> grenser er således viktig både for kvinner og menn, men Haug stiller likevel spørsmål om det finnes to slags moralsystemer, et for kvinner og et for menn? Kvinners moral knyttes i større grad til kropp enn menns: *En moralsk kvinne gjenkjennes blant annet gjennom forholdet hun har til egen kropp, mens mennenes moralske status i større grad kobles sammen lommebok og eiendom* (Haug 1990:23). Slik jeg forstår henne, kan det være vanskeligere å leve med og i en stor kropp for en kvinne enn en mann. Mens det å bli arbeidsufør som følge av ekstrem fedme, kan innebære et større tap av anseelse for en mann enn en kvinne<sup>21</sup>. Mitt materiale er lite, men jeg mener likevel det er interessant å legge merke til forskjellene. Når jeg under intervjuet spør kvinnene om forhold til egen kropp, bruker de ord som *avsky, kropp som et vedheng til den jeg er og skam over egen kropp og utseende*, uttrykk som indikerer et svært negativt forhold til egen kropp og utseende. Da jeg spurte mennene om det samme, begynte de å snakke om helsemessige plager, at kroppen begynte å bli tung og at de opplevde å ha lite energi igjen etter endt arbeidstid som årsak til og ønske om operasjon. Ingen av mennene, i motsetning til kvinnene, snakket om skamfølelse over egen kropp eller eget utseende. Det kan sies å være et paradoks tatt i betraktning av at mennene hadde svært høy vekt, henholdsvis 190kg og 200kg. Bjørn forteller eksempelvis:

*Altså, det er ingen av vennene mine som har sett på meg som overvektig. De har sett at jeg er stor, men de har ikke tenkt "gud hvor stor og feit du er liksom". Men jeg må innrømme at jeg har tenkt det selv... og det er klart livskvaliteten blir dårligere jo større du blir, det er bare sånn det er. Men det har ikke vært noe problem.*

Kvinnene og mennene i mitt materiale synes å underbygge Haugs uttalelse om at det stilles strengere krav til kvinners enn menns utseende. Ut i fra et livsverdensperspektiv kan dette forståelig. Samfunnets og kulturens normer om hvordan en kvinne- og mannskropp bør se ut en bakgrunnsviten vi bærer med oss, og dette får igjen betydning for hvordan kvinnene og mennene oppfatter og omtaler egen kropp og utseende.

---

<sup>20</sup> Hva som er en normal kroppstørrelse kan diskuteres og varierer også innad i samme kultur. Normalitetens målestokk er ifølge Haug (1990) individuelt tilpasset og er med på å bestemme den sosiale tryggheten. De fleste antar jeg likevel vil oppleve en kropp som faller under den medisinske betegnelsen sykkelig fedme som unormalt stor, selv om det denne kroppen er den normale kroppen for den som lever i den.

<sup>21</sup> Jeg setter det her på spissen. Dette er kan oppfattes som en enten-eller-tenking som absolutt kan diskuteres. Jeg velger likevel å løfte det frem da jeg mener det viser til tatt-for-gittheter og samfunnstrekk som de fleste av oss ikke tenker over til daglig, og som er av stor interesse. Haugs uttalelse indikerer en forskjell i forventninger til kvinner og menn.

## 6.6 Vekttapet stopper opp og selvransakelsen starter

På intervju tidspunktet er hva informantene omtaler som *effekten av operasjonen, borte*:

*Jeg må begynne å jobbe for å gå ned, og det er litt deprimerende da for det var jo så lett de første månedene for da gikk du jo ned av deg sjøl. .... Vekta har stått stille i fire måneder nå, har bare gått ned gram... det er sånn at du begynner å telle gram da (ler), neida, men det er jo slik at du er så vant til å gå ned 7-8 kg i uka så... (Bjørn)*

Når vekten stopper opp avløses den tidligere gleden ved å veie seg av skuffelse og frustrasjon. De uttrykker bekymring for både å legge på seg og at de ikke skal klare å gå mer ned i vekt. Flere blir svært opptatt av vekten, og veier seg nesten daglig. Når vekten går ned, opplever de å lykkes og tilværelsen preges av positive tanker. Når nålen står stille eller viser tegn til vektoppgang, kommer de negative tankene og redselen for å mislykkes enda en gang. Vekten tilskrives en "magisk" verdi som får betydning for hvordan de opplever både seg selv og tilværelsen. Vekttap synes å gi dem en følelse av å ha kontroll og å mestre, en opplevelse som forsterkes av omgivelsenes positive tilbakemeldinger.

Vekttapet stopper opp i hva de omtaler som en sårbar og kritisk periode. De opplever mindre ubehag i forbindelse med måltidene, samtidig som det igjen er mulig å småspise mellom måltidene. Når den negative tilbakemeldingen svekkes, synes det som om noen automatisk spiser mer. Det kan reises spørsmål om det innimellom er informantene selv som *tar og har* kontrollen, eller om det er den nye magen som *gir* de kontrollen. Opplevelsen av å ikke mestre synes å skape et kaos og en spenningsfylt tilværelse. Ved å underkaste kroppen viljens kontroll, kan den tuktes med lavkaloridiett og trening. Dette fremstilles som meningsfulle tiltak for å bøte på dårlig samvittighet og gjenopprette en følelse av balanse i tilværelsen.

På informasjonsmøtet før operasjonen ble de informert om at dagen da vekttapet stoppet opp ville komme, og at omlegging av levevaner var nødvendig for å oppnå en varig vektreduksjon, jf. kap. 2.4. Likevel kommer dagen brått og uventet. Når vekten stopper opp starter også selvransakelsen. Noen oppdager at de nesten umerkelig har endret matvaner og spiser færre måltider, større porsjoner og mer kaloririk mat. Andre uttrykker et tvetydig forhold til dietten de er anbefalt å følge, de ønsker å spise god og næringsrik mat, men smaker den ikke godt, "gidder" de ikke lage den. Spiser de for mye eller feil type mat, får de dårlig samvittighet og prøver å bøte på utskielisen ved å trene mer eller spise mindre neste dag. For noen synes dette å ha utviklet seg til en vane som stadig gjentar seg, og som gir dem tilbake en følelse av likevekt og kontroll over kroppen. Noen strever mer enn andre, dette kommer blant annet frem i Berits og Annes fortellinger:

*Jeg går med dårlig samvittighet for ikke å gjøre nok i forhold til maten, det er så lett å havne i gamle rutiner. Og da går jeg med dårlig samvittighet, og så har jeg nesten en hel uke med bare grønnsaker inntil jeg tenker at, nei nå må jeg ha kjøtt ... og så er det liksom slik at når skal jeg på trimmen etterpå, da er jeg bare nødt til å trimme mer. Jeg er veldig redd for å legge på meg, sånn at jeg får et sykkelig forhold til vekta... (Berit)*

Berit strever og er redd for å falle tilbake i gamle vaner, samtidig gir hun uttrykk for at dette både er flaut og vanskelig å snakke om. Hun hemmeligholder utskeielsen overfor andre, og vekten holdes stabil ved hjelp av lavkaloridiett og trening. Etter utskeielser underkastes kroppen viljens kontroll, objektkroppen står i fokus, og det er liten plass til gode subjektive opplevelser i form av velværefølelse etter trening. *Det er bare samvittigheten som blir bedre*, som hun sier. Hennes tanker om hva hun kan og ikke kan spise preges av en svart-hvittankegang som gir lite rom for feilsteg. Spiser hun for mye er det galt, og spiser hun for lite eller sjelden, er det også galt. Matinntak og trening blir matematikk, der vekten gir svaret på om hun lykkes eller ikke. Lavkaloridiett og trening for å bøte på utskeielser er i ferd med å etableres i et mønster som stadig gjentar seg, og under intervjuet er hun åpen på at hun har det slitsomt, ønsker en endring og at hun trenger hjelp til å innarbeide gode spisevaner. Aller helst ønsker hun seg et lengre opphold på en rehabiliteringsinstitusjon, men en begrenset økonomi tillater ikke dette. Hun gir uttrykk for fortvilelse, men forteller samtidig optimistisk at hun har meldt seg på et matlagingskurs for vektopererte, og håper det skal hjelpe henne<sup>22</sup>.

Anne forteller: *Jeg har investert i seg selv og begynt på Grete Roede kurs*. Etter et år stod vekten stille, og hun merket: *Oi, her har jeg skeiet ut til slik det ikke skal være, - færre måltider, fetere mat, litt større porsjoner og slike ting*. Hun fremhever maten på kurset som sunn og god, og forteller strålende: *Jeg gikk ned 7 kg på første kurset*. Hun planlegger flere kurs neste halvår for å nå målet om 90 kg før sommeren. Anne gir uttrykk for å være svært tilfreds med løsningen. Hun kan mye om kosthold, hva og hvordan hun skal spise, men trenger hjelp og motivasjon utenfra for å opprettholde gode spisevaner over tid.

Både Anne og Berit snakker på slutten av intervjuet om at de har et problematisk forhold til mat, men har ikke søkt hjelp for dette. Vanskene de forteller om under intervjuet, tematiseres ikke på kontroller hos lege eller ernæringsfysiolog. Opplevelsen av å ikke ha kontroll og å mestre er slik jeg forstår de, både flaut, vanskelig og skamfullt å snakke om. På spørsmål fra legen gir de uttrykk for å ha kontroll og å jobbe målrettet. Å "skeie ut" gir slik jeg forstår

---

<sup>22</sup> Berit sine vansker med å holde dietten og evt årsaker til dette, utdypes i kap. 6.3.1

dem, dårlig samvittighet og en opplevelse av skam over egen utilstrekkelighet. De føler seg ”truet” og uttrykker redsel for å bli ”avslørt” etter at vekttapet har stoppet opp. Slik jeg tolker de synes det som de oppfatter helsepersonell kontrollører, snarere enn personer de kan søke hjelp og støtte hos.

## 6.7 Matsorg – en sorg over maten eller en sorg over å være i endring?

Anne bruker ordet *matsorg* om all den gode maten hun ikke lenger bør spise. Jeg velger å dvele litt ved ordet. Sorg følger etter en opplevelse av et tap. Ordet *matsorg* indikerer at å gjennomgå en GBP-operasjon og legge om spisemønster og -vaner kan innebære både et savn og et tap. I lys av dette befinner informantene seg i en endringsprosess der de både er vinnere og tapere. Gevinsten er en stor vektreduksjon og en lettere kropp, men de mister muligheten til å spise hva, hvordan, hvor mye og når de vil. De må tilpasse seg et strikt måltidsmønster, bli kjent og leve med den endrede kroppen og eventuelle ubehag som oppstår. Dette er et livslangt prosjekt. For noen vil det kanskje være nødvendig å gjennomgå en sorgprosess for å erkjenne tapet av den gamle magen og en mangeårig livsform. Kanskje kan det for noen være en nødvendig erkjennelse for å kunne åpne opp for innarbeiding av nye levevaner sett i et livslangt perspektiv?

Matsorg kan indikere en ambivalens i forhold til endring. Kampanjer som retter seg mot vektreduksjon har ofte det til felles at de beskriver alle fordelene, mens negative konsekvenser sjelden blir kommunisert. Å endre spisestil, matvaner og rokke ved en mangeårig livsform, kan oppleves utrygt. Selv om informantene endrer seg, er miljøet rundt dem det samme. Det krever mye av den enkelte å motstå fristelser, og å hele tiden foreta bevisste og rasjonelle valg. Informantene er en del av en matkultur og miljø. Når bordets gleder skal deles, forventes det som påpeker at alle deltar (Fürst 1995). Å spise annerledes kan oppleves som et ensomt prosjekt.

Mat kan som nevnt i kapittel 6.5 også brukes til å ”svelge” ned uhåndterlige følelser og være et middel til å dempe og holde vanskelige følelser unna. Maten var også der når ingen andre var der, jf. Berit som omtalte den *som min beste venn*. Mat og spising har her en betydning og inngår i meningsmønstre som ligger utenfor det en vanligvis forbinder med mat og spising. Når de det gjelder fratas muligheten til å spise større mengder mat og behovet melder seg blir et viktig spørsmål: *Hvordan blir veien blir videre uten?*

Ordet *matsorg* illustrerer slik jeg tolker det, en tvetydigheten i erfaringer informantene gjør seg i forhold endringsprosessen de er i. Å gjennomgå en GBP-operasjon har innvirkning på spisevaner for resten av livet. Før avgjørelsen om operasjon tas, synes det derfor viktig at den det gjelder tar inn over seg og å tenker grundig igjennom spørsmål som: Hva betyr mat for meg i mitt liv? Hvilken rolle spiller maten i mitt liv? Spiser jeg på føleleser? Hvilken betydning har det for meg å sitte lenge ved bordet, nyte maten, spise godt, mye og lenge? Hvordan ser jeg meg selv sitte med en liten porsjon mat foran meg når andre spiser? Hvordan vil jeg takle eventuelle ubehag som oppstår i forbindelse med måltidene? Hva er årsaken til at jeg har lagt på meg igjen etter tidligere vektreduksjonsforsøk?

Informantene er nødt til å endre spisestil og -vaner, og det kreves planlegging og struktur på dagen for å opprettholde gode vaner over tid. Å si ja til noe, innebærer å si nei til noe annet. Ofte spiser vi som vi gjør fordi det er denne maten vi liker. Å endre matvaner, gå ned i vekt og opprettholde et vekttap over tid, krever faktisk en reell endring. Ordet *matsorg* indikerer at dette for noen kan innebære en reell tapsopplevelse.

## 7. En lettere hverdag

Dette kapitlet omhandler betydningen informantene tillegger vekttapet i sitt daglige liv. Livserfaringer de bærer med seg, tidligere mislykkede vektreduksjonsforsøk sammen med en økende uro for fremtiden gjør at operasjon fremstår som siste utvei i håpet om et om et lettere liv i årene som kommer. Etter GBP-operasjonen gjennomgår alle et raskt vekttap. De nærmest ”raser” ned i vekt, og dette får betydning for deres væren-i-verden.

Via kroppen står vi i dialog med omverdenen, og i møtet med verden blir vi også kjent med egen kropp, dens muligheter og begrensninger. Merleau-Ponty (1994) peker på den tvetydigheten som kjennetegner menneskets eksistens, - vi både *er* og *har* en kropp, og gjennom kroppen får vi kunnskap om oss selv og omverdenen. Når egenkroppen endres under operasjonen, får det betydning for hvordan informantene i etterkant opplever egenkroppen og deres perspektiv på tilværelsen.

Etter operasjonen og vektreduksjonen beskriver informantene hvordan det å ha fått en mer ”normal<sup>23</sup>” kroppsstørrelse har hjulpet dem tilbake til et lettere og mer utadrettet liv. Før operasjonen hindret en stor og tung kropp dem å leve livet de ønsket. I etterkant av vekttapet beskrives en tilværelse de er mer fornøyd med. Humør og selvtillitt er bedre, og de forteller om mer overskudd i hverdagen. Men informantene har møtt og møter fortsatt mange utfordringer, og flere jobber fortsatt hardt og har et stykke igjen til livet de ønsker seg.

### 7.1 Alt har blitt enklere – selvtillitten bedre

*Jeg er bare storfornøyd med alt, og føler vel egentlig at jeg har vært veldig heldig som har fått lov å få denne sjansen. For oss som er så store er det jo klart at du får et nytt liv på en måte (Bjørn)*

Informantene referer til operasjonen som noe av det beste de har gjort, noe de ikke ville vært foruten. Flere erfarer endringene i tilværelsen som så gjennomgripende og betydningsfulle, at de som Bjørn snakker om å ha fått en *ny start* og *et nytt liv*. Å endelig lykkes med vektreduksjon beskrives som *en helt utrolig følelse*.

---

<sup>23</sup> Hva som er en normal kropp for den enkelte kan diskuteres. Med ”normal” kropp mener jeg her en kroppsstørrelse i tråd med den vestlige kulturs normer, jfr kap. 3.4.

*Selvtilliten er bedre, det er en fantastisk følelse. Jeg har mye mer behov for å vise meg selv utad enn jeg hadde tidligere. Før var jeg innelukket i et skall, nå er det mer "her er jeg" (Anne).*

Flere gir som Anne uttrykk for at de føler seg tryggere på seg selv. De tør mer, tar mer kontakt med andre og lever litt mer. Berit var svært opptatt av hva andre tenkte om henne før operasjonen. Hun mente andre så på henne og den store kroppen hennes med forrakt i blikket, og dette ble også hennes indre blikk på seg selv. Hun sier:

*Selvtilliten er bedre nå for jeg tror ikke alle går rundt og tenker negativt om meg. Eller jeg bryr meg ikke så mye om hva de tenker ... .. Ja, altså jeg er ikke sånn deprimert lenger ... .. Jeg er ikke lenger redd for å oppsøke folk og ta kontakt med folk (Berit).*

Flere forteller om lignende erfaringer. Før operasjonen hadde de det tungt, og trakk seg vekk fra sosiale situasjoner fordi de opplevde fordommer fra andre, eller fordømte seg selv pga overvekten. Vekttapet synes å få betydning for både selvfølelse og selvtillitt. Det kommer til uttrykk ved at de stoler mer på seg selv og bryr seg mindre om hva andre tenker. Mye av energien som før var bundet opp til tanker om hva andre tenkte og mente om kroppen deres, frigis. Fra å være hva noen beskriver som *innestengt i egen kropp*, tør de åpne opp for nye impulser og begynner å fokusere på mulighetene de har i stedet for stengslene. Kroppen blir mindre og handlingsrommet større.

Flere blir mer positivt opptatt av utseendet sitt, pynter seg mer og gleder seg over å kunne gå i vanlige butikker og kjøpe nye klær og sko:

*Det er ganske kult bare å gå inn på Dressmann og kjøpe seg ei bukse... før måtte jeg gå til skredder eller spesialforretning (Arne)*

*Den følelsen av å ha gått i lave sko i flere år pga bena dine har vært opphovna og du har hatt en masse gnagsår og plutselig kunne gå inn i butikken og kjøpe høghelte sko, det er en fantastisk opplevelse... og til sommeren håper jeg å kunne kjøpe meg en sånn lys frakk med belte (Anne)*

Informantene blir mer opptatt av utseendet sitt. Det kan tolkes som om de er mer fornøyd med seg selv og ønsker å ta hånd om kroppen på en god måte. Å handle klær i vanlige butikker gir en opplevelse av å være som andre. Klær og sko har en symbolsk funksjon, og er en del av vår selvpresentasjon. Et større utvalg og et bevisst valg av påkledning, gir en mulighet til å vise omverdenen hvem en er, eller ønsker å være, jf. kap. 3.4. Annes glede ved å kjøpe høghelte sko kan tolkes som en etterlengtet mulighet til å kle seg feminint, og et ledd i å kunne vise omverdenen sin kvinnelighet.

Merleau-Pontys livsverdensbegrep knytter mennesker og verden sammen. Vi retter oss mot verden, men blir også rettet av den. I spennet mellom jeget, meget og omverdenen, dannes vår selvfølelse og selvoppfatning. Tankene og forestillingene vi har om egen kropp preges



både av en subjektiv opplevelse av egenkroppen, men også av kroppen slik den erfares i relasjon til omgivelsene og andre, og kroppen slik vi tror andre oppfatter den (Engelsrud 2006, Skårderud 2004, Merleau-Ponty 1994).

Erfaringer informantene gjør seg i hverdagen, legger grunnlag for erfaringer og refleksjoner rundt egen kropp. Gleden over ved å ha en kropp som lyster dem i daglige gjøremål, får betydning for hvordan de ser på seg selv og egen tilværelse. Informantene uttrykker denne dialektikken ved uttrykk som: *Når kroppen blir lettere, blir livet lettere*. Selvet er ifølge Merleau-Ponty kroppslig, og er mer eller mindre konstant utstilt pga sin kroppsliggjørelse. Positive tilbakemeldinger fra omgivelsene gjør at selvet kan hvile trygt i kroppen. Det synes å være en medvirkende årsak til at de opplever både en økt tillitt til egen kropp og andre.

## 7.2 Det er lettere å bevege seg, og det gjør hverdagen enklere.

*Før hadde jeg problemer med å gå fra garasjen og opp hit, da hadde jeg pause nedi veien. Nå bruker jeg to minutter på å gå opp hit uten å bli andpusten en gang. Det er jo helt utrolig (Arne)..*

*Før jeg ble sykemeldt så var det noen ganger så ille at jeg måtte ta taxi hjem fra jobben, jeg orket ikke å komme meg hjem... Men nå bruker jeg verken buss eller taxi jeg sykler overalt og trener 3-4 ganger i uka på kveldstid (Anne).*

*Før hadde jeg egentlig nok med å gå i postkassa, nå gjør det meg ingenting å gå i noen kilometer og husarbeidet går raskt unna (Else).*

Informantene beskriver en tilværelse der de orker mer, har mer overskudd, og er mer aktive. Vekttapet og å komme i bedre fysisk form gjør hverdagen enklere. De går og beveger seg lettere, ulike gjøremål går raskere unna og de forteller med glede og iver at smerter i hofter, knær og ankler er nesten borte, eller har blitt betydelig bedre.

Informantene har langt på vei har klart å snu en tidligere inaktiv livsstil. Hverdagsaktiviteten er økt. De går trapper i stedet for å ta heis, går turer og sykler. Før operasjonen ble de introdusert for treningsgrupper spesielt tilrettelagt for overvektige og fikk hjelp til å finne frem til en treningsform som passet dem. De fleste har fortsatt i disse. Å trene sammen med likesinnede ut i fra eget nivå og ståsted, og slippe hva de omtaler som *stirrende blikkene i nakken*, trekkes frem som betydningsfullt. For noen innebærer aktivitet en ny sosial arena. Når formen blir bedre, inkluderes de i et fellesskap de tidligere har vært utestengt fra.

*Før var jeg potit, nå trener jeg fem dager i uka...,* er Bjørns spontane uttalelse når jeg ber ham beskrive endringen i sitt aktivitetsnivå. Han sier videre: *Jeg trodde ikke det skulle skje*

*med meg, for jeg har aldri vært den mest aktiv på treningsfronten,, - nå synes jeg det er kjempedeilig. Han uttrykker undring og overraskelse over at dette har skjedd med ham, og mener hans "sedate" livsstil før operasjonen mener han ble møtt med uforstand: For når du veier 190 kg så er det ikke bare å begynne og trene, da kan du dø fortare enn noe annet. Alt var tungt og knærne, - jeg kunne ikke bare begynne å trene. Så for meg har operasjonen vært en slik flying start...*

Personer med fedme utsettes ofte for stereotype holdninger som at de er late, gidder ikke, mangler selvdisciplin, klarer ikke ta seg selv i nakken jf. kap. 3.4. Hvis en stiller spørsmålet: Hva kommer først, inaktiviteten eller fedmen?, synes det som ekstrem fedme kan være en viktig og medvirkende årsak til inaktivitet. Når informantene går ned i vekt, fremhever alle stor glede ved å ha en kropp som samarbeider og å kunne bevege seg uten store problemer.

Bjørn opplevde å bli møtt med uforstand da han var på sitt tyngste, og hans redsel for å dø ble ikke kommunisert. Hans historie er også en fortelling om livsverdener på kollisjonskurs. Sveneus (2005) understreker viktigheten av å åpne opp for historier, tanker og følelser i i møte med pasienter, og ikke bare se sykdommen (her fedmen) som en fysiologisk tilstand. Det forutsetter kommunikasjon. Innsikt i Bjørns redsel kunne gitt et en annen innfallsvinkel i forsøket på å få ham i aktivitet. Forskning viser jf. kapittel 2.3, at pasienter opplever stigmatiserende holdninger fra helsepersonell. Hvis helsepersonells praksis styres av en mål-middeltankegang uten å åpne opp for pasientens egen historie og erfaringer, kan velmente råd ha liten effekt. Å stadig bli oppfordret til å trene når en som Bjørn ikke makter, kan virke demotiverende og bygge opp under en følelse av utilstrekkelighet, snarere enn å virke motiverende og gi en mestringsfølelse. Kanskje kan det også oppleves stigmatiserende?

Manglende innsikt i pasientens situasjon kan også gi helsepersonell en følelse av å ikke lykkes, å komme til kort i sin rådgivning, en opplevelse av at pasienten ikke gidder, boikotter eller viser liten vilje til å følge opp rådene han/hun får (Jallinoja m.fl 2007). Det kan føre til en fastlåst situasjon, og manglende motivasjon fra begge parter. Bjørns opplevelse av å bli møtt med uforstand av helsepersonell, underbygger Sveneus (2005) sin uttalelse om at biomedisinsk kunnskap innen helsefag ikke er nok i en klinisk hverdag. En fenomenologisk tilnærming der det gis rom for pasientens tanker og opplevelse av egen livssituasjon, kan gi et annet utgangspunkt og kaste et nytt lys over egen praksis (ibid). Kanskje kan en manglende

innsikt i andres erfaringer og livssituasjon føre til at noen pasienter føler seg misforstått, opplever ikke å bli hørt, og at de blir møtt med stereotype holdninger fra helsepersonell?

En alternativ måte å tolke signalene på, er å se smertene som en mulighet til å få kunnskap om egen kropp (Engelsrud1998, Duesund 2001). Å utforske egenkroppens tålegrense ved å rette seg etter signalene den gir, er et annet utgangspunkt enn å rette seg etter hva andre sier en bør gjøre. Dette krever former for fysisk aktivitet der den det gjelder kan bevege og utfolde seg kroppslig ut i fra egen forutsetning (ibid). De fleste har fortsatt i treningsgrupper de startet i før operasjonen. Å få tilrettelagt trening ut i fra eget ståsted og forutsetninger synes å gi en trygghet de før har savnet. De får mulighet til å bli kjent med kroppen og dens tålegrense. Dette synes å gi de motivasjon til å fortsette.

### **7.2.1 Å komme i bedre form har vært en vinn-vinn-situasjon for hele familien**

Else og Bjørn trekker frem at å komme i bedre fysisk form har vært en vinn-vinn- situasjon for hele familien. Bjørn tar innimellom hele familien med på trening, og fremhever det som en positiv opplevelse for alle. Else sier med et smil: *Jeg har sparket litt fotball, ikke mye men jeg kan plutselig finne på å begynne å løpe sammen med ungene, og da får de jo nesten sjokk.* Hun trekker i tillegg frem at hun har mer overskudd til å gå inn i ulike situasjoner med ungene: *Jeg klarer å se ting på en annen måte enn det jeg gjorde tidligere da jeg var slapp og ikke gadd noe. Jeg føler jeg har mer kontakt og mer giv på å gå inn i det som skjer. Før var det slik at jeg ga litt blaffen, jeg orket ikke ta tak i det liksom...*

Mulighet til å kunne følge opp barnas aktiviteter ble trukket frem som en motivasjonsfaktor til operasjon av både Bjørn og Else. Å ikke kunne delta i barnas aktiviteter var både et savn, ga de dårlig samvittighet og en følelse av å ikke strekke til som foreldre. *Bare det å sette seg ned på gulvet for å leke og reise seg opp igjen var tungt*, som Bjørn sier. Berit gir uttrykk for at manglende overskudd gjorde at hun unnlot å konfrontere barna i ulike situasjoner, slik hun burde. Bjørn og Else uttrykker begge at fedmen ikke bare ble et problem for dem, men fikk innvirkning på hele familien. Når de etter vektreduksjonen får mulighet til å være aktiv sammen med barna på deres premisser og konfrontere de i ulike situasjoner som de bør, synes det å bli en berikelse og glede for hele familien.

### 7.3 Kroppen virkeliggjør eksistensen

Etter hvert som kroppen blir lettere, erfarer informantene mindre smerter fra vekt bærende ledd og pusten blir lettere. Objektkroppen som før kom i forgrunnen selv ved små gjøremål, trer tilbake, og de opplever å mestre hverdagen bedre. Tidligere fortvilelse over en lite samarbeidsvillig kropp, snus til glede over en kropp som samarbeider og lystrer de i ulike gjøremål. Kroppen blir igjen noe de kan ta for gitt og har tillit til.

I lys av Merleau-Ponty (1994) sine tanker om kroppen som forutsetning for eksistens, er bevegelse både en forutsetning for og mulighet til å bli kjent med seg selv og utforske verdenen. Han sier: *Kroppen kan symbolisere eksistensen, fordi den virkeliggjør den og udgjør dens aktualitet (s.126)*. Han gir et bilde på dette ved å fortelle om en ung pike som grunnet kjærlighetssorg slutter å snakke, trekker seg tilbake fra verdenen, blir anonym og passiv både mot den levende nåtiden og fremtiden. Evnen og muligheten til å utvikle seg og kommunisere med andre blir blokkert: *eksistensen er gået i hardknute og kroppen er blevet "livets smuthull" ... Der sker ikke længere noe for den syke, ingenting har mening eller form for hende (s.127)*. Når jeg leser hans tekst får jeg assosiasjoner til hvordan noen av kvinnene i studien beskriver sin livssituasjon før operasjonen. Avskyen de følte i forhold til egen kropp, tilbaketrekningen fra det sosiale livet når kroppen ble for tung og gjenstand for uønsket oppmerksomhet, førte til at store deler av tiden ble tilbrakt innenfor hjemmets fire vegger, - alene sammen med maten. Maten ble en erstatning for det sosiale og pulserende livet, - den ble deres *smuthull*. Maten ga, slik jeg forstår de, en kort opplevelse av kroppslig velvære, for så å bli avløst av en følelse av tomhet og meningsløshet. Merleau-Ponty (1994:127) beskriver hvordan *verden hele tiden kaller på oss*, og hvordan eksistensen igjen kan bevege seg mot andre og fremtiden ved å ta fart som en *smeltevandsflod*. I arbeidet med materialet har jeg innimellom tenkt at dette er et godt bilde på den store endringen i tilværelsen som noen av informantene beskriver. *Verden kallet på de*, og valget om GBP-operasjon ble tatt som ledd i et ønske om å kunne *leve litt mer* i fremtiden. Fra å være "innelukket" i egen kropp og erfare at livsrommet snevret seg inn etter hvert som fedmen tiltok, åpner en lettere kropp opp for bevegelse og mangfold. Kroppen blir mindre og handlingsrommet blir større. *Eksistensen tar fart*, som Merleau-Ponty sier, og på intervju tidspunktet deltar de aktivt i livet både med familie og venner. Annes uttalelse: *Før var jeg innelukket i et skall, nå er det mer "her er jeg"*, (kap. 7.1) er en god illustrasjon på denne endringen.

## 7.4 Å ha et tilnærmet normalt utseende, er viktig i et kroppsfixert samfunn

*Alt har blitt enklere. Og når ting er lettere praktisk i hverdagen, så blir det lettere å leve og en blir lettere til sinns, jeg tror alt det henger sammen. .... Så ja, -sosialt, fysisk, psykisk, – alt er bedre ved å være og ha et tilnærmet normalt utseende i dette samfunnet som er så kroppsfixert (Dina).*

Det er ikke til å unngå å legge merke til at bedringen i tilværelsen skjer parallelt med at kroppen blir lettere og utseendet endrer seg. De slipper hva de omtaler som *stirrende*, *nedlatende* og *avskyen i andres blikk*, og spydige kommentarer de tidligere fikk slengt etter seg har stilnet. Flere bruker ord som *rart* og *jeg har blitt usynlig*, om endringen de opplever når de beveger seg ute i gatebildet. Berit sier eksempelvis: *Jeg har blitt usynlig, jeg er ikke den som de ikke klarer å se på lenger, og det er veldig behagelig. Og det gjør at jeg har det veldig godt.* De trekker frem endringene som en stor lettelse, blikk og kommentarer synes å bli erfart som et angrep både på kropp og person. De tolker dette som en bekreftelse på at de er på vei til en ny tilværelse, en tilværelse der kroppen ikke lenger får all oppmerksomhet.

### 7.4.1 Eget og andres blikk – en tvetydig erfaring

Flere gir uttrykk for at de var svært opptatt av hva andre tenkte og trodde om de før operasjonen. Berit forteller om en overraskende oppdagelse:

*Jeg hadde i lang tid drevet og isolert meg og trekt meg bort i fra folk, hadde ikke lyst til å gå ut på byen, ikke lyst til å treffe venner, ingenting fordi at jeg fordømte meg selv pga overvekta. Folk som så meg ute, folk jeg ikke kjente, det var så mye avsky jeg så hos de .... Nå i ettertid ser jeg at det var mine egne fordommer som jeg egentlig hadde det verst med. Mine egne fordommer i forhold til meg selv. Det overrasker meg...*

Etter vektreduksjonen har Berit innsett at mye av hennes lidelse var selvpåført, og avskyen hun mente å se i andres øyne, var hennes indre blikk på seg selv. Flere forteller om lignende erfaringer, de har begynt å reflektere over hvilke fordommer de har det verst med, - egne eller andres. Noen forteller de selv har blitt kikkere og observerer andres reaksjoner på personer med stor fedme. Men den voldsomme negative reaksjonen fra omverdenen de selv mener å huske, uteblir ofte.

Berit forteller at ikke bare vekttapet, men også Startgruppen hun gikk i før operasjonen ble viktig for å klare og begynne å tenke annerledes om seg selv. Hun forteller blant annet om et spørsmål hun ble konfrontert med av en annen deltager i gruppen: *Er du så innbilsk at du tror folk går rundt og bryr seg med hvordan du er og hvordan du ser ut? Ja, og det var ikke det jeg mente, det hadde ikke med innbilskhet å gjøre ikke sant, men det var det at jeg følte alt*

*det negative. Men jeg ser jo det i ettertid at det var mye meg selv. Spørsmål som dette og samtalene i gruppen har hjulpet henne til å se ting i et nytt perspektiv og starte hva hun kaller en *bevisstgjøring* av tankegangen sin. Kurset tok opp temaer som ”Hvordan tror du andre oppfatter deg? Hvordan oppfatter du deg selv? Hvordan ønsker du å fremstå?” Sommeren før operasjonen hadde Berit hva hun beskriver som en *ganske deilig sommerferie*. Hun brydde seg mindre om at folk kikket på henne, turte å møte blikkene deres og klarte å tenke: *Ja, ja er de ferdig med å kikke nå?* Møtet med andre i liknende situasjon som henne selv, diskusjonene og refleksjonene som fulgte i etterkant, syntes å gi Berit et nytt perspektiv på tilværelsen, styrket henne som person og ga henne mot til å stirre tilbake.*

#### **7.4.2 Å ha en kropp som er “tilpasset” omgivelsene er praktisk...**

Å ha en kropp innebærer ifølge Merleau-Ponty (1994) å være sammenflettet med et miljø, og erfaringen subjektet gjør seg knytter kropp og verden sammen. I kontakt med omverdenen erfarer og tilegner vi oss kunnskap både om oss selv, andre og omverdenen (ibid). Dette innebærer at synet vi har på oss selv og egen tilværelse formes og konstitueres av våre omgivelser. Under intervjuet forteller informantene om gleden ved å kunne delta og bevege seg ute i samfunnet som andre. Berits erfaring er illustrerende for hva flere forteller:

*Før var det slik at jeg aldri satt meg i lag med folk på bussen fordi det var ubehaglig for dem, nå så setter jeg meg.... En gang på teater måtte jeg presse meg ned i setet og ha hjelp til å komme opp, - det var pinlig... Og flyseter, det var tungvint før altså, og det at jeg måtte ha forlengelse på beltet gjorde at jeg unngikk fly hvis jeg kunne. Og nå sist var det oi, her er jo masse plass, og det var behagelig, fikk bordet ned og enda var det mellomrom, - ah det er så mange positive opplevelser...*

Før operasjonen ble informantene daglig minnet på at omgivelsene og samfunnet var lite tilrettelagt for så store kropper som de hadde. Redselen for pinlige situasjoner som kunne oppstå, gjorde at noen valgte å bli hjemme i stedet for å gå ut med venner og delta i det sosiale livet. Noen har ikke vært på ferie i utlandet på flere år fordi de kvier seg for å ta fly, og trange flyseter beskrives som et problem av alle. Kroppen ble ikke bare et følt problem for dem, men de syntes også synd på sidemannen som fikk lite plass pga dem. Når kroppen ikke passer til omgivelsene, er det lett å tenke at dette bygger opp under kroppsmisnøye og følelsen av å ha en uakseptabel kropp. Å gå ned i vekt, innebærer en endringer i informantenes relasjoner både til seg selv og omgivelsene, og en opplevelse å være inkludert i stedet for ekskludert.

### 7.4.3 Kropp som objekt og kropp som subjekt

Kroppen med fedme har en symbolsk betydning og blir tillagt mening i ulike sammenhenger, jf. kap. 3. Subjektet står i et relasjonelt forhold til omverdenen, og stereotype holdninger ble trukket frem som en av årsakene til ønsket om bariatrisk kirurgi. Merleau-Ponty (1994) sier:

*For så vidt som jeg har en krop, kan jeg blive reduceret til genstand for den andens blik, og ikke længere blive regnet som person for ham.....At sige, at jeg har en krop, er således en måde å sige, at jeg kan ses som genstand og søgerat blive set som subjekt.....(s. 130).*

Informantene opplever ofte at objektsiden av kroppen kommer i forgrunnen i møtet med andre, samtidig som de ønsker å bli sett som den personen de selv føler de er. Objektsiden av kroppen gjør den sårbar, en kan bli "offer" for andres blikk. Merleau-Ponty kaller dette for en herre-slave dialektikk (s.130). Gjennom gestus og blikk kan en oppleve anerkjennelse, men også få opplevelsen av å ha en avvikende og uakseptabel kropp. Kroppen blir tingliggjort og eieren kan få en erfaring av ikke å bli sett som den personen en selv føler en er. Men en kan også, slik jeg forstår Merleau-Ponty, nekte å la seg underkaste og selv bli herre. Berit forteller i kap. 7.4.1 hvordan Starkurset ga henne styrke og mot til å stirre tilbake. Ved å stirre klarte hun å signalisere at hun nektet å underkaste seg, og formidlet et budskap om "jeg har like stor rett til å være her som deg". Hun klarte dermed, slik jeg forstår henne, å speile tilbake noe av den skammen hun selv opplevde når andre stirret på henne, og kom styrket ut av hva hun tidligere opplevde som en ydmykende situasjon.

Duesund sammenligner kroppen med en moralsk prøvestein, jf. kap.3.4, der å innordne kroppen etter kulturens normer fremstår nærmest som en selvfølge. Når kroppen begynner å nærme seg normen, skjer det et skifte i tilværelsen. Informantene begynner å føle seg sosialt aksepterte. Positive tilbakemeldinger de får i forbindelse med det raske vekttapet, kan tolkes som at omverdenen ser på de som handlekraftige personer som er i ferd med å ta kontroll over egen kropp og liv. Opplevelsen av anerkjennelse synes å bidra til både selvtillitt og tillitt til omverdenen, og de tør å ta plass og delta i det sosiale livet i større grad enn tidligere. Det gir de også mulighet til å vise nye sider av seg selv.

Informantene gir uttrykk for at de før operasjonen skammet seg over egen kropp, jf. kap. 5. Ifølge Skårderud (2001) handler skam både om redsel for blottstillelse og å bli avslørt som en annen enn den man selv oppfatter man er, noe som utfordrer både dialogen og relasjonen. Skammen viser til en svakhet ved personen, og hemmer interaksjonen med andre. *Skammen gir en akutt kroppslig lengsel etter å bli borte, å synke i jorden og bli mindre* (s. 42). Noen av

informantene beskyttet seg mot skamfølelsen initiert av blick og kommentarer fra andre ved å trekke seg tilbake innenfor hjemmets fire vegger. Der fant de frem maten, og i likhet med hva Skårderud (2001) skriver om bulimikeren, forsøkte de å dempe sin selvforakt med overspising. Etterpå fulgte skammen for en slik handling. Spisingen ble dermed både en løsning og et problem. Skårderud skriver om hvordan kroppen til bærereren av kronisk skam stivner, bevegelser avbrytes og kroppen lukkes (ibid). Vår selvfølelse er nær knyttet opp til å leve etter kulturens normer og idealer, der kroppspraksiser handler om å flytte eller lage grenser. Kanskje kan en GBP-operasjon i likhet med slanking betraktes som en kroppspraksis som kan håndtere en uhåndterlig fedme? Den flytter grenser og den det gjelder kan oppnå en samfunnsmessig integrasjon og få mulighet til å delta på linje med andre.

Sosiologen Goffman (1963) mener det finnes bevis for samhörigheten mellom jeget og de andre, mellom normal og stigmatisert (s.165). Han viser til hvordan en person som blir befridd fra et stigma, feks. ved hjelp av en vellykket plastisk operasjon, raskt kan endre personlighet i retning mot det akseptable både i egne og andres øyne. Disse forandringene synes å være en konsekvens av at personene blir plassert i et nytt forhold til hverandre i en ansikt-til-ansikt kommunikasjon (ibid). Når kroppen blir befridd for store deler av fedmen, spiller den en mindre dominerende rolle i interaksjon med andre. Informantene befinner seg, slik Goffmans eksempel antyder, i en prosess der det skjer et skifte fra stigmatisert status til normalstatus. Men endringen skjer ikke plutselig som i Goffmans eksempel. Informantene trekker frem at selv om de erfarer en endret status i interaksjon med andre og omverdenen, trenger de tid til å implementere endringene og la de bli en del av seg selv.

## 7.5 Å føle seg fremmed i egen kropp

Informantene har gjennomgått et raskt og betydelig vekttap. Flere påpeker at utseendet har endret seg så raskt at det har vært en utfordring å følge med:

*Når jeg ser meg i speilet, ja så ser jeg at jeg har blitt smalere i ansiktet, det er hva jeg ser. Men jeg har tydeligvis forandret meg veldig mye siden i fjor, det er veldig rart, - til og med min ekskjæreste gikk rett forbi meg ... (Bjørn)*

*Når jeg ser i speilet ser jeg den samme personen som jeg var for to år siden. Det er litt vanskelig, men jeg begynner liksom å skjønne det nå etter mange kommentarer utenifra. Det er mye jobbing å innse at kroppen er annerledes (Else)*

Utsagnene er illustrerende for hva flere forteller. De bruker i tillegg uttrykk som *mye av fedmen sitter mellom ørene og det er ikke i hodet vi er operert*, under intervjuet.



Informantene gir uttrykk for at selv om deres ytre har endret seg, er deres indre bilde av seg selv uforandret. *Det kreves hard jobbing for å innse at kroppen er annerledes*, som de påpeker. Flere trekker frem betydningen av å ha gått i gruppe sammen med andre overvektige før operasjonen. Der ble de gjort oppmerksom på og begynte å jobbe med at endringene som kom, kunne bli utfordrende. Gleden over å få en mindre kropp er stor, men de trenger tid til å bli kjent med sitt nye utseende. De ser seg selv i speilet, men ser samtidig en annen. Hvordan kan dette forstås?

Merleau-Ponty(1994) beskriver kroppen som to adskilte lag, *den tilvante kropp og den aktuelle kropp* (s.21). Han tegner et bilde av en kropp med et amputeret lem, og peker på paradokset ved f.eks fantomsmerter at lemmet fortsatt kan kjennes og erfares, selv om det er borte. Som en parallell til dette, forteller informantene at de har vansker med å innse at kroppen har endret seg så mye som den faktisk har. Deres indre bilde av seg er fortsatt en kropp med ekstrem fedme. Rugseth (2004) bruker betegnelsen *fantomfett* på fettet som borte, og som kvinnene i hennes studie fortsatt opplever er en del av egen kropp. Jeg har ikke sett betegnelsen benyttet tidligere, men synes den er treffende for hva informantene beskriver. *Fantomfettet "hjem søker"* informantenes aktuelle kropp, uten å være en del av den. Merleau-Ponty (1994) beskriver dette som: *en fortrængt opplevelse av gammel nutid som ikke kan beslutte sig til at å blive fortid* (s.25).

Den *aktuelle kroppen* informantene har på intervju tidspunktet skiller seg fra den *tilvante kroppen*, dvs kroppen de hadde levd med i mange år da valget om operasjon ble tatt. Et viktig spørsmål blir hvordan den tilvante kroppen borger for den aktuelle? Hvis ikke informantene klarer å gi slipp på fortiden som tykk og åpne opp for mulighetene den lettere kroppen åpner opp for, vil de fortsatt befinne seg i en fastlåst situasjon. De vil fortsette å være i samme rolle, og den personlige tiden er stanset (Merleau-Ponty 1994). Informantene trenger tid til venne seg til de store kroppslige endringene. Slik jeg forstår de føler de seg både "hjemme" og "hjemløs" i egen kropp. De erfarer kroppen som lettere og mindre, men har fortsatt et indre bilde av egen kropp som stor og tykk. Det synes som de trenger tid på å gi slipp på en mangeårig rolle som stor og tjukk, og bygge opp et nytt selv bilde.

### 7.5.1 Å ta imot komplimenter kan være en utfordring

*De aller fleste vennene mine bare rister bare på hodet mitt når de ser meg og synes det er helt utrolig at jeg har klart å gå ned så mye. I sommer traff jeg igjen en tidligere kollega, han mente jeg så 10 år yngre ut (Arne).*

Informantene forteller om mye oppmuntring, ros og positiv anerkjennelse for at de klarer å gå ned i vekt. De får ofte komplimenter pga utseendet sitt, og de fleste synes som Arne at dette er hyggelig. Men for noen er det vanskelig, de er lite vant til å få komplimenter, føler seg brydd og vet ikke hva de skal svare. Berit sier eksempelvis:

*Jeg får veldig positiv tilbakemelding spesielt på utseendet, men å få komplimenter er vanskelig... sånn at treffer jeg noen så sier jeg i fra at jeg ikke liker det, vær så snill og ti stille!*

Berit fikk sjelden komplimenter for utseendet sitt før operasjonen, og føler seg ukomfortabel i situasjoner der hun får dette. Når jeg videre spør henne om hun ikke bare kan si takk, svarer hun: *Nei, jeg er redd de vil ta meg for å være innbilske*. Hva som kan være ment som en hyggelig gest fra andre, synes skape usikkerhet i relasjonen. Berits kommentarer *vær så snill og ti stille*, kan oppfattes som avvisende, og hun stenger dermed av for videre kommunikasjon med andre, selv når dette ikke er hennes intensjon. Det kan synes som å ta imot komplimenter for noen er kompetanse som må utvikles og læres.

Noen gir uttrykk for en tvetydig holdning til all den positive oppmerksomheten de får:

*Det er noen ordpar som hører sammen, altså er du tjukk så er du aldri pen, du er aldri flott, du er aldri sjarmerende. Da er du bare stygg, og noen sier også dum. Men sånn er det faktisk, selv om vi sier at vi ikke er enig i disse holdningene, så er de automatisk hos de fleste. For så snart du går ned så sier folk: åh så flott du har blitt, så pen du er, da får man alle disse komplimentene som aldri tjukke får, selv om man kler seg godt og er i god form. Så holdningene ja, både fra kjente og ukjente har endret seg (Dina).*

Dina legger vekt på at hun synes det stort sett er hyggelig å få komplimenter, men mener samtidig at de kan oppleves fornærmede. *For hva tenkte disse menneskene om henne tidligere?* Å leve i en kropp med fedme er en del av informantene levde historie. Det synes som om noen setter økningen i antall positive kommentarer i sammenheng med den generelle stereotype holdningen til tjukke mennesker som finnes i dagens samfunn, slik uttalelsen over indikerer. Når vekttapet skjer så raskt at de opplever en uoverensstemmelse mellom opplevd og faktisk kroppsstørrelse, kan komplimenter slik jeg forstår Dina forsterke følelsen av å ha en negativ kropp.

Dina og Anne er single, og under intervjuet kom temaet om parforhold opp. Dina er opptatt av at fedmen fungerer som en beskyttelse: *Du slipper å slippe folk innpå deg når du er tjukk,*

*og de er heller ikke interessert.* Om dette var en beskyttelse Dina ønsket fikk jeg ikke klarhet i. Men hun tror de fleste ønsker å være normalvektig i hva hun omtaler som et *kroppsfiksert samfunn*. Hun merker en økt interesse fra både menn og kvinner, men er ikke interessert i et forhold på intervjudidspunktet.

Anne har møtt flere av sine mannlige bekjenskaper på nettsiden til BBW (Big and Beautiful Woman). Når jeg på slutten av intervjuet spør om hun innimellom lengter tilbake til den store kroppen, blir hun stille og svarer lavmælt: *Ja, og det er når det gjelder menn for de har gitt meg beskjed om at du må ikke slanke deg for mye.* I vår kultur tas det nærmest for gitt at den slanke kroppen er den attraktive, men Annes erfaring viser at denne erfaringen ikke er entydig. Det bekymrer Anne at menn hun tidligere følte seg attraktiv og trygg sammen med, begynner å kommentere at hun er i ferd med å bli for liten. Samtidig oppleves det utrygt å finne en ny kontaktarena, hun sier: *jeg vil mer ned i vekt og all løshuden begynner også å bli et problem..* Anne føler seg ikke presentabel nok og vil ned mer i vekt før hun, slik jeg tolker henne, føler seg trygg og verdig nok til å bli elsket for den hun er.

Buhl (1996) og Skårderud (2007) uttrykker bekymring for og advarer mot dagens strenge kroppsideal jf. kap 3.4. Hvis en i lengre tid er misfornøyd med kroppens størrelse og form, vil man skamme seg, og skam og selvforakt er vanskelig å slanke vekk (ibid). Når selvbildet i overdreven grad bygger på kroppens utseende, får dens utside spille en dominerende rolle i møte med andre. Den levende og subjektive kroppen som er utgangspunkt for erfaringer som glede, lyst, velvære, nytelse, omsorg og kjærighet, blir fraværende. Som levende kroppssubjekter er vi alltid både kropp og sinn og aldri enten eller (Merleau-Ponty 1994). Hvis fokuset hele tiden rettes mot objekt kroppen, glemmes dette. Samtidig stenges det av for følelser som gir mulighet til å kjenne verdien av seg selv.

### **7.5.2 Vanskelige tilbakemeldinger**

*Noen gir uttrykk for at det er stor forskjell på om du har gått ned i vekt ved å spise mindre og trene mer, eller har blitt operert; - vi har liksom fått det gratis. De ser ikke at vi har en jobb å gjøre og må stå på vi også (Else).*

Fedmereduserende kirurgi har ikke vært en enkel løsning på informantenes vektproblem. De beskriver en lang og kronglete vei med utallige mislykkede slankekurer bak seg, før de vurderte operasjon som en mulig løsning. Etter operasjonen har de jobbet hardt med å tilpasse

seg og innarbeide nye spise- og aktivitetsvaner. Utsagn og holdninger som antyder at vektreduksjonen ikke er deres egen fortjeneste oppleves derfor både sårende og krenkende.

Utsagnet til Else kan tolkes som et uttrykk for at noen prøver å holde dem tilbake i gammel rolle. Det er mange som sliter med overvekt og fedme som har erfart at det er vanskelig å gå ned i vekt. Når ”tjukka” eller ”tjukken” lykkes med et betydelig vekttap og begynner å pese de i nakken, kan det skje en endring i relasjonen. Noen kan få problemer og føle seg truet av det raske vekttapet, og føle en misunnelse fordi de ikke selv klarer å gå ned i vekt (Hout og Heck 2009). Annes uttalelse underbygger langt på vei dette:

*Jeg merker det på omgivelsene mine fordi venninnene mine er ikke syltynne. Noen veier kanskje 80 kg, og de ønsker å slanke seg. Og jo mer de ser jeg går ned, jo mer pes får de på seg om at de må slanke seg før jeg når dem igjen (vi begynner å le begge to). Og de vet at jeg har større sjanse til å få en gratis operasjon på både på bryst, mage og lår enn de har. Og de har et helt annet bilde av min kropp enn det jeg har. For jeg skal ikke bli noen barbi, jeg kommer aldri til å bli det...*

Slanking, vekt og kropp er et tema som engasjerer. Det raske vekttapet legges merke til, og de opplever en økt nysgjerrighet og interesse rundt egen person. Folk de knapt har hilst på, kan stoppe de og begynne å kommentere vekttapet og utseendet deres. For Else ble all oppmerksomheten rundt kropp og utseende til slutt en belastning: *Alt de var interessert i var hva jeg spiste og drakk, de gravde og spurte, en stund grudde jeg meg for å gå ut.* Hun opplevde ubehag ved at folk som tidligere verken hadde vist henne interesse eller snakket med henne, plutselig syntes hun var blitt en interessant person.

Noen har fått spørsmålet *er du syk?* Vekttapet er stort og det er vanskelig å forestille seg at dette kan ha skjedd på en ”normal” måte. I tillegg har de mistet hår, noen opptil 50 %, som kan bygge opp under spekulasjoner om sykdom. Hårtapet føles ille mens det står på, men de trøster seg med at det vokser ut igjen. Noen ler av spørsmålene og forteller gladelig om årsaken til vekt- og hårtap. Andre opplever spørsmålene som ubehagelige, - det rører ved privatlivet deres. Else sier eksempelvis: *Jeg mener de ikke har noe med det. Jeg har bare sagt det går opp og ned her i verdenen og ferdig med det.*

I tråd med vektreduksjonen, begynner andre å stille krav til dem: *Det forventes mer av oss nå, pga merkelappen folk har på tjukke folk. Det synes ikke utenpå oss lenger nå at vi har behov for støtte (Dina).* Når den ekstreme fedmen forsvinner begynner de å få spørsmål om hvorfor de er på attføring, ikke jobber og når de har tenkt å begynne å jobbe igjen. Det ligger en forventning i spørsmålene som oppleves vanskelig. Spørsmålene berører slik jeg forstår de en

følelse av utilstrekkelighet. De er blant annet en påminning om at de har falt ut av arbeidslivet og har blitt en kostnad i stedet for å være bidragsyter til samfunnets felleskasse.

## 7.6 Løshuden blir et nytt problem

Løshud eller hudoverskudd er et kjent problem etter en betydelig vektreduksjon, og det antas at rundt 50 % av pasientene har behov for rekonstruktiv plastisk kirurgi<sup>24</sup> (RRHF 2007). I iveren etter å bygge opp tverrfaglige kompetansesentra for behandling av fedme, synes behovet for plastiske operasjoner i etterkant å ha blitt glemt. I Sosial- og helsedirektoratets rapport som ble lagt til grunn for etablering av behandlingssentra i helseregionene, stilles det ikke krav om oppbygging av rekonstruktiv plastikkirurgi i offentlig regi (Shdir 2004). Det har heller ikke blitt iverksatt, og det har bygget seg opp et betydelig behov og et etterslep som er vanskelig å dekke. En stor del av plastikkirurgiske inngrep blir utført ved private klinikker, men dette dekker på langt nær behovet (Harbo og Hokland 2009). Selv om hudoverskudd er et stort problem for mange, er det overraskende få studier som omtaler dette problemet. Informantene i denne studien erfarer hudoverskuddet som et eksistensielt problem. Selv om de er fysisk aktive og stolte av hva de har oppnådd, skaper hudoverskuddet, eller hva informantene omtaler som *løshuden*, et nytt problem:

*Det negative fokuset jeg før hadde til overvekten, det har nå flyttet seg til løshuden slik at jeg må skjule meg fortsatt (Berit).*

*Jeg bruker å si at jeg ser ut som ei på 80 år når jeg får av meg klærne. Det henger og slenger og det er skrukker og det er ikke pent (Else.)*

*Hvis jeg setter meg ned i kjole nå uten å ha noe ned over lårene, så "fiser" jeg, huden gir lyd altså... huden ved lårene er alltid i veien ved trening, og det gjør at jeg faktisk ikke har av meg klærne nå, for jeg ser jo helt begredelig ut... og huden går ikke inn uansett hvor mye jeg trener (Dina).*

*Løshuden* erfares som plagsom og ubehagelig, og omtales som både som et estetisk og praktisk problem, jf. uttalelsene over. De forsøker å skjule løshuden for andre med tøyet de har på seg, men tanken på å få den vekk er stor. Selv om de er fornøyde med vektreduksjonen, hefter løshuden ved de som noe fremmed og unormalt som gjør det vanskelig å akseptere den "nye" kroppen. Merleau-Ponty (1994) peker på at livserfaringer kroppsliggjøres, og løshuden er et tydelig tegn som vitner om en stor kropp som har blitt

---

<sup>24</sup> Dette gjelder både de som har gjennomgått bariatrisk kirurgi og konservativ behandling.

betydelig mindre, en historie informantene ikke kan løpe ifra. Slik jeg tolker de blir løshuden for noen et nytt stigma, noe negativt ved kroppen deres som de skammer seg over, og er en påminning om en fortid de ønsker å legge bak seg. Noen finner trøst i å tenke: *Det er tross alt bedre med løshuden enn slik jeg var før*, men problemet er der like fullt.

Behovet varierer, men alle informantene gir uttrykk for at de kommer til å søke en eller annen form for plastisk kirurgi. Det er ingen automatikk i få innvilget dette, noe som oppleves frustrerende. I tillegg forteller de at det går rykter om at de bare får dekket bukplastikk, og at de eventuelt må dekke utgifter til plastisk operasjon på armer og lår selv. De gir uttrykk for at dette er *håpløst*. De mener det bør være en automatikk og selvfølge at operasjon blir innvilget ut i fra behov, og at det må omfatte mer enn bukplastikk. Else og Arne har søkt, men fått avslag med beskjed om å gå ned ytterligere ned i vekt. Begge stiller seg uforstående til avslaget. Arne forteller han på tidspunktet for konsultasjon hos plastikkirurg hadde hatt et vekttap på 86 kg og en KMI på 28. Han omtaler avslaget som *sjokkerende*, og synes det er urimelig at han må ha en KMI på 25 før operasjon. Arne forteller at kirurgen som opererte ham også reagerte, og henviste ham videre til en privat klinikk hvor søknaden ble innvilget. Dette var, slik jeg tolker Arne, en skikkelig oppreisning, og han sier han ser fram til den dagen han *slipper å brette magen nedi buksa*.

Else har i lengre tid deltatt i en samtalegruppe sammen med andre overvektige. Det har hjulpet henne til å få et bedre forhold til egenkroppen og å akseptere at hun alltid vil være litt stor. Nær familie og venner påpeker i tillegg at hun ikke må gå ned flere kilo. Hun sier: *De kjenner meg jo som litt stor, det er liksom meg det*. Else er fornøyd med vekttapet hun har oppnådd, og tviler på om hun klarer å gå ned ytterligere 10-15 kilo. Hun opplever hva jeg tolker som både fortvilelse og avmakt når hun sier: *Tanken om at jeg må leve med all den overflødige huden resten av livet er der (Else)*.

Å leve med et stort hudoverskudd er en eksistensiell erfaring. I møtet med plastikkirurgen etterspørres ikke informantenes subjektive erfaringer, hvilke tanker og erfaringer de har gjort seg i den prosessen de har vært igjennom, tanker om egen kropp og hva de selv anser for å være en akseptabel kroppsstørrelse for dem. Objektkroppen som kan måles og veies kommer i forgrunnen. Når kroppsvekt og KMI blir utgangspunkt for innvilging av behandling, blir det liten plass til hva Merleau-Ponty omtaler som det erfarende subjekt med sine tanker, følelser, livserfaringer og egenverdi (Rugseth og Engelsrud 2007).

Det er slik jeg oppfatter det all grunn til å stille spørsmål ved hva som skjer når personer som har vært igjennom en betydelig vektreduksjon og er fornøyd med denne, ”presses” til ytterligere vektreduksjon. Hvem har rett til å bestemme hva som er trivselsvekt for hvem, og hva skjer når alle presses inn i et og samme kroppsideal? Vil informantene igjen gripe til og gå inn i et uheldig mønster med lavkaloridietter og jojoslanking? Eller er det slik at alt føles håpløst, og at noen begynner å spise mer igjen for å fylle ut noe av løshuden<sup>25</sup>?

Ikke bare pasientene selv, men også helsepersonell som arbeider med pasienter med fedme, uttrykker bekymring på pasientenes vegne fordi de møtes med krav om en urimelig lav KMI<sup>26</sup> (Jakobsen 2008). Når utgangsvekten er høy, har pasienten oppnådd stor helsegevinst med tilbakegang av følgesykdommer og et akseptabelt vekttap lenge før de når en BMI<30 kg/m<sup>2</sup>. Pasientene fratas muligheten til optimal gevinst av behandlingen hvis de ikke får hjelp med løshuden i etterkant (ibid). I dag er det mangel på ressurser, og det rettes krav til bevilgende myndigheter om økt satsning og øremerkede bevilgninger til denne type virksomhet.

Det kan stilles spørsmål om pasienter med fedme til tross for massiv satsing de senere årene, fortsatt er en lavstatusgruppe innen helsevesenet. Holdninger jeg selv har møtt fra kollegaer etter at jeg har fortalt om temaet i masteroppgaven min og senere har begynt å jobbe med personer med fedme, er alt fra ”at du orker” til ”det høres både spennende og interessant” ut.

---

<sup>25</sup> Jeg har ikke data i mitt materiale som underbygger dette utsagnet, men i mitt daglige arbeide har jeg møtt vektopererte kvinner som forteller at de har begynt å spise litt ekstra fordi de opplever å bli skrukkete og ”dradd” i ansiktet, og innholdet i puppene forsvinner. Likeledes menn som hevder det var lettere å gå på stranda i bar overkropp med en kropp som veide 200 kg, enn en kropp som veier 100 kg med et stort hudoverskudd. Ofte fleipes det at ”fedme er den beste antirynkekur”.

<sup>26</sup> Dette gjelder både pasienter som har vært igjennom konvensjonel behandling og kirurgi som søker plastikkirurgi

## 8. En usikker vei videre

*Jeg er på vei til en plass jeg ikke vet hvor fører hen. Jeg har liksom satt meg delmål frem til sommeren som jeg forhåpentligvis skal klare når det gjelder vekta og hva jeg skal lære videre. Men jeg vet ikke hvor jeg skal etter det, det er jo delmål hele tiden og alle delmålene mine jeg har satt for at jeg skal føle meg bedre...(Anne)*

Informantene gir uttrykk for å være meget tilfredse med resultatet av operasjon på intervjudtidspunktet, men gir som Anne uttrykk for usikkerhet når det gjelder fremtiden. De setter seg mål og delmål, men vet ikke hvor veien går videre. De uttrykker håp og ønske om å gå ned mer i vekt, håp om å klare å opprettholde gode vaner, håp om å få innvilget nødvendig plastisk kirurgi, håp om å komme i arbeid og å få et godt liv. Samtidig er de redde for ikke å nå målene sine. Håp og redsel lever, slik jeg tolker de, side om side.

*Alle er vi vanedyr, alle har vi innarbeidede vaner og "gammel vane er vond å vende", så man må forvente at det tar tid. Skal man ha et vellykket resultat av en slik operasjon så er man nødt til å forandre matvaner og levevaner (Arne)*

Levevaner og atferdsmønstre innarbeidet gjennom år er vanskelig å endre, slik Arne uttrykker. De må ta tiden til hjelp, og selv om noen langt på vei har oppnådd ønsket vektreduksjon, kan de ikke sette seg ned og hvile. De vet at de i lang tid fremover må være innstilt på å jobbe bevisst med tanker og følelser rundt egen atferd både når det gjelder mat, spisevaner og fysisk aktivitet. Teoretisk vet de hvordan de skal forholde seg for å få et vellykket resultat, men å omsette kunnskapen til praktisk atferd og opprettholde gode vaner over tid, trekkes likevel frem som en utfordring.

*For har vi først fått operasjonen så er det bare en del, folk må få hjelp hvis de har problemer med å endre ting. For selv med denne bitte lille magen kan vi jo begynne å gå opp i vekt etter et par år. Og det er ikke sikkert at den laveste vekten kommer til å stabilisere seg hvis vi ikke er med i hodet vårt...(Dina)*

Informantene gir uttrykk for å være sårbare. Operasjon var siste utvei i håpet om å oppnå en etterlengtet vektreduksjon. Den nye magen har vært et viktig hjelpemiddel på veien, men gir ingen garantier for fremtiden. GBP-operasjonen er starten på en større og langvarig endringsprosess som de skal igjennom. Redselen for å mislykkes nok en gang er til stede.

Bjørns og Dina beskriver det slik:

*Jeg er livredd for å gå opp igjen, ellers så har jeg det veldig bra...( Bjørn)*

*Det må være midler til å følge opp folk. For ellers så blir det ikke noen solskinnshistorie som det burde være...(Dina)*



Lykkereisen der kiloene raser av er slutt, og Bjørn og Dinas uttalelser er dekkende for hva flere forteller på slutten av intervjuet. Informantene beskriver et lettere liv og er på god vei mot mål de satte seg før operasjonen. Likevel oppleves fremtiden usikker, hvordan kan dette forstås?

GBP-operasjonen forårsaker et raskt vekttap, men gir ingen garantier for fremtiden. Når de igjen kan spise mer til måltidene og dumpingubehaget avtar, opplever flere at det er lett å falle tilbake i gamle vaner. Intervjuene har funnet sted på hva jeg i ettertid har tenkt på som et ”sårbart” tidspunkt. Det største vekttapet induisert av operasjonen har stoppet opp, og lykkereisen da kiloene raste av nærmest uansett hva de gjorde er slutt. På intervjutidspunktet er de i ferd med å høste fruktene av endringsarbeidet de har gjort så langt. Alle har erfart at de må jobbe hardt både for å opprettholde vekttapet, å gå videre ned i vekt og at det er lett å falle tilbake i gamle vaner. En snikende redsel for at fortiden skal innhente de dukker stadig opp. Flere trekker frem at de savner dumpingubehaget. Dumpingen motiverte de til et sunnere matvarevalg, og det føles skremmende når de igjen kan spise litt sjokolade og annen energirik mat uten etterfølgende ubehag. Når både kontrollfølelsen den nye magen ga de og ubehaget i forbindelse med måltider svekkes, etterlyser flere behov for oppfølging.

Informantene har i mange år levd i en kropp med sykelig fedme, å være tykk har lenge vært deres ”normaltilstand”. Å endre seg og å innta en ny rolle med en mer normal kroppsstørrelse, synes være forbundet med usikkerhet. Flere gir uttrykk for å være sårbare, usikre og utrygge i den nye rollen de går inn i. Selv om vektreduksjonen fremstilles som etterlengtet og meningsfull, preges tilværelsen likevel, slik jeg forstår de, av ambivalens. Situasjonen informantene beskriver får meg til å tenke på hva Sveneus (2005) betegner som *hjemløshet* i egen kropp. De følte seg *hjemløs* i den store og tunge kroppen før operasjonen, og etter at kroppen har blitt lettere føler de seg også, slik jeg tolker dem, *hjemløs* i den. Kroppen oppleves fremmed samtidig som den er en del av dem selv. *Et sykt menneske i tilfriskning nøler*, sier Skårderud (2004:381). Denne uttalelsen synes også å være relevant for personer med sykelig fedme som gjennomgår en rask vektreduksjon. Informantenes tilværelse har i løpet av et års tid endret seg radikalt. Endringene tillegges mening og får betydning både på det personlige og sosiale planet, og de ser på seg selv og omgivelsene med et nytt blikk. Samtidig har dette skjedd så raskt at hva de beskriver som *hodet ikke klarer å følge med*, og i deres indre blikk på seg selv er de fortsatt store og tykke. De trenger tid både til å

bli kjent med den ”nye” kroppen, og til å innarbeide nye levevaner. Å ta steget fullt ut og slippe den gamle identiteten som tjukk, kan være en utfordring.

### 8.1 Gammel vane er vond å vende

Arne påpeker at gammel vane er vond å vende, og at endring av vaner er en tidkrevende prosess. Den levde kroppen er ifølge fenomenologien bærer av både erfaring og historie, og deres usikkerhet med tanke på fremtiden kan bli forståelig i lys av denne (Merleau-Ponty 1994). Å legge på seg igjen etter å ha gått ned i vekt, har tidligere vært regelen heller enn unntaket. Mat kan være selskap, trygghet og trøst, i tillegg til å gi en følelse av velbehag og nytelse. Dette er, slik jeg forstår fenomenologien, en kunnskap kroppen er bærer av. Mat har for noen hatt en funksjon som mestringsmekanisme, og når følelser av frustrasjon og uro dukker opp, melder kroppen ifra om sitt behov for mat. Hvis den det gjelder ikke har innarbeidet alternative løsninger for å møte uroen, kan det være lett å gi etter.

Å endre levevaner og ha et nærmest konstant blikk på egne spise- og aktivitetsvaner erfares både som en krevende og utfordrende prosess. Informantene ønsker seg ikke tilbake til livet før operasjonen, men det er heller ikke å komme utenom at levevanene de hadde før operasjonen, fremdeles kan ha en sterk tiltrekningskraft. En sier eksempelvis: *Av og til savner jeg det å bare kunne slappe av. Komme hjem fra jobb, sette meg i godstolen, skru på TV-en og spise noe godt uten å tenke: Nå burde du vært ute og trent og det du spiser nå har du ikke godt av.* De uttrykker glede over vekttapet de har oppnådd, men tanken på å leve hva enkelte omtaler som et *asketisk liv* i årene fremover, er ikke udelt positiv. Informantene har allerede erfart at de må jobbe hardt både for å gå videre ned i vekt, holde vekten stabil og unngå vektoppgang. De gir uttrykk for at fremtiden krever mye av de, og de vet de ikke kan lene seg bakover å slappe av.

Ifølge Merleau-Ponty skjer tilegnelse av en ny vane gjennom omdannelse eller fornyelse av kroppsskjemaet, og det er kroppen som forstår ved tilegnelse av en ny vane, jf. kap. 3.2.

Tilegnelse av en ny vane krever bevissthet og refleksjon (ibid). Gamle og innarbeidede vaner er personlige og uløselig forbundet med subjektet selv. Slik jeg forstår Merleau-Ponty ligger de der som en ”automatisert” handlingsberedskap som kroppen kan benytte seg av.

Utfordringene informantene står ovenfor er kanskje ekstra store tatt i betrakning at de både skal endre en mangeårig innarbeidet livsform og vane, samtidig som de skal innarbeide en ny?

Informantene bruker ofte ord som *det kreves selvkontroll og selvdisiplin*, eller *jeg må være bevisst og ha fokus for å ha struktur på dagen*, når de beskriver utfordringene de står ovenfor. Utsagnene indikerer at de gamle vanene ligger der som en bakgrunnskunnskap og kan utløse en sterk trang til å handle på bestemte måter. Det er handlinger som kan gå tvers av hva informantene vet de bør og ønsker å gjøre. Fortiden følger de inn i nåtiden og fremtiden og gjør innarbeidingen av nye levevaner til en møysommelig og tidkrevende prosess. Informantene gir uttrykk for at det kan være både slitsomt og vanskelig å holde fokus når de egentlig har lyst til å gjøre noe annet. Innimellom kan det kanskje også oppleves litt trist?

## 8.2 Ambivalente erfaringer

Informantene er en del av en kultur og et sosialt miljø. Vektreduksjonen har gitt de mulighet til et mer aktivt og sosialt liv, men å endre på spise- og aktivitetsvaner kan oppleves som et ensomt prosjekt så lenge omgivelsene ikke gjør det samme. Informantene bryter med forventninger som stilles til fellesmåltidet. Hva og hva og hvordan de spiser får betydning for dem selv, men tillegges også mening av omgivelsene, jf. kapittel 6. De opplever støtte og oppmuntring fra andre, men får også tilbakemeldinger som kan være en vanskelig å takle. Opplevelse av misunnelse og at noen prøver å holde de tilbake i rollen som den ”tjukke”, jf. kapittel 7, er erfaringer og utfordringer de bærer med seg. De får ofte ros og positiv oppmerksomhet for omleggingen av levevaner og et endret utseende, men innimellom kan all oppmerksomheten føles som en belastning. Å være sammen med andre kan være en positiv og berikende opplevelse, men også erfares som en utfordring (ibid). Selv om informantene gir uttrykk for å være fornøyd med resultatet av operasjonen, er ambivalente erfaringer en del av deres daglige liv.

På slutten av intervjuet uttrykker informantene redsel for å legge på seg igjen. GBP-operasjonen var siste utvei for å oppnå en etterlengtet vektreduksjon. Det er lett å tenke seg at hvis de mislykkes enda en gang, kan tapet bli vanskelig og uoverkommelig å bære. Opplevelse av skam, egen utilstrekkelighet, en snikende redsel for å fremstå som mislykket og tape anseelse både i egne og andres øyne ved en eventuell vektoppgang, synes reell. Denne redselen kommer tydelig frem i Groven m.fl (2010) sin studie. Lykkefølelsen informantene beskriver under det raske vekttapet, forsvinner når vanskene etter operasjonen melder seg. Samtidig opplever de liten forståelse for sine problemer og lider i stillhet. Opplevelsen av av

anger og redsel for å fremstå som mislykkede pasienter gjør at vanskelige erfaringer forblir private og tause. For mange er det en stor belastning å leve i en kropp med sykelig fedme. Tanken på å legge på seg igjen etter en GBP-operasjon, synes svært skremmende for noen. Det kommer tydelig frem i Rand og Macgregor (1991) sin studie. De som hadde gjennomgått et betydelig vekttap etter GBP-operasjon, ville heller bli døve, dyslektiske, diabetikere eller få en alvorlig hjertesykdom, fremfor å legge på seg til utgangsvekt igjen.

Tatt i betraktning av at mange personer med fedme har gjennomgått betydelige vekttap for så å legge på seg igjen, er det overraskende få studier som har undersøkt pasienters egne meninger om hvorfor de har lagt på seg igjen. Cooper og Fairburn (2001) har gjennomført en kvalitativ studie og trekker frem to årsaker som henger nøye sammen og har betydning: 1) Når målet om ønsket vektreduksjon ikke nås, eller antatte og ønskede fordeler ved vektreduksjon ikke innfris, mister mange motivasjonen og faller tilbake til gamle vaner og spisemønstre. 2) Fordelene ved det oppnådde vekttapet ignoreres, og forsøkene på å opprettholde det faktiske vekttapet de har oppnådd skrinlegges. For noen kan det som Cooper og Fairburn antyder, være tryggest å gi opp.

Cooper og Fairburn får meg til å stille spørsmål om noen informanter også i min studie har dagdrømt om at "bare jeg får en mer går ned i vekt og får en lettere kropp så er mange av mine problemer løst?" Selv om jeg ikke har materiale som sier noe direkte om dette, vil jeg likevel gjøre noen refleksjoner rundt denne problemstillingen. Ambivalente erfaringer og følelser som kommer frem under intervjuene indikerer at mange fortsatt har en jobb å gjøre fremfor seg. Informantene har erfart at endring av levevaner er en tidkrevende og møysommelig prosess. Det er kan være lett å falle tilbake i gamle vaner og mønstre. Problemer av økonomisk art, familiære eller andre relasjonelle forhold løses sjelden ved en vektnedgang (Boccheri m.fl 2001). Før operasjonen fikk informantene informasjon om viktigheten av å ha et realistisk forhold til hva GBP-operasjonen kan gjøre med livet til den enkelte. Skuffelsen kan bli stor hvis den det gjelder har gitt fedmen skylden for mange av problemene i livet sitt og har forventninger om at de løses "bare jeg går ned i vekt" (ibid). Det er lett å tenke seg at den det gjelder kan føle seg "avkledd", naken og sårbar når de oppdager at problemene fortsatt er tilstede etter vektnedgang, samtidig som de står ovenfor nye og krevende utfordringer i tiden fremover.

## 9. Avslutning

Utgangspunktet for studien har vært å undersøke hvordan kvinner og menn har erfart tiden etter gjennomgått GBP-operasjon. Studiens hovedproblemstilling er: *Hvilke erfaringer trekker kvinner og menn frem som betydningsfulle i etterkant av fedmekirurgi?*. Studien har et spesielt fokus på betydningen av kroppslige endringer når det gjelder endringer i spisemønster og matvaner, hvordan kroppen erfares i etterkant av vektreduksjon og hvilken betydning endringene får når det gjelder eget og andres blikk på dem selv. Studien fokuserer i tillegg på utfordringer deltagerne står ovenfor i etterkant av kirurgi.

*The body is the vehicle in the world* (Merleau-Ponty 1962:82)

Med utsagnet viser han til at det er gjennom kroppen vi manøvrerer oss gjennom livet. Kroppen er grunnlaget for våre handlinger og erfaringer, og gjennom kroppen står vi i et kommunikativt forhold til andre mennesker og omverdenen. Informantene i denne studien har valgt å gå igjennom en GBP-operasjon i håp om å få en lettere kropp og fremtid, og deres valg må sees i sammenheng med deres tidligere livssituasjon. Den svenske filosofen Sveneus hevder vi har det best med kroppen når vi ikke merker den, noe som innebærer at vi tar for gitt at den samarbeider og lystrer oss i ulike daglige gjøremål. Han viser til Gadamer som sier at helsen vanligvis tier stille, men når den svikter fremstår vår hverdagslige verden som et dissonant fenomen (Sveneus 2005). Den bekymringsløse kroppen Sveneus og Gadamer snakker om, skiller seg fra egenkroppen informantene forteller om før valget om operasjon tas. De forteller om en kropp med heftelser, en uhåndterlig kropp som kommer i forgrunnen både i utførelse av vanlige gjøremål og i interaksjon med andre. Vanekroppen er i ferd med å bryte sammen. De beskriver en ”tung” hverdag, der egenkroppen blir et hinder for livsutfoldelse og sosialt liv, noe som ytterligere forsterkes av omgivelsene og kulturens normer om hvordan en kropp bør se ut. Opplevelse av stigmatisering er en medvirkende faktor til at noen velger å sitte hjemme i stedet for å bli med venner ut. Utvikling av følgesykdommer grunnet stor fedme, og redsel for ytterligere uhelse i fremtiden, spiller en viktig rolle når valget om operasjon tas. *Alt griper tak i hverandre* sier Friberg (2004) med henvisning til Merleau-Ponty, og peker på hvordan fortiden borger for fremtiden. Livserfaringer informantene bærer med seg, tidligere mislykkede vektreduksjonsforsøk sammen med en økende uro for fremtiden, gjør at operasjon fremstår som siste utvei i håpet

om et lettere liv i årene som kommer. Samtidig følger vaner og tidligere livshendelser informantene som levde erfaringer, og preger både tanker, refleksjoner og erfaringer de gjør i nåtiden og fremtiden.

Resultatene av studien viser at informantene på intervjudtidspunktet er mer tilfreds med tilværelsen. De sier *operasjonen har innfridd over all forventning*, og flere omtaler endringene i tilværelsen som så betydningsfulle at de opplever å ha fått *et nytt liv*. Erfaringer den enkelte gjør seg er unike, men endringene tillegges også mening og betydning i møtet med andre og den kulturelle rammen. Samtidig viser det empiriske materialet at erfaringene og informantene trekker frem, kan være både tvetydige og utfordrende.

Studien viser at GBP-operasjonen medfører dramatiske endringer i mat- og spisevaner, og eksistensielle spørsmål som dukker opp indikerer at endringer i mat- og spisevaner berører dype og personlige sider ved dem selv. De blir nærmest ”tvunget” til å spise lite, ofte og mindre energirik mat for å unngå ubehag som kvalme, og dumping i etterkant av måltidene. Samtidig synes ubehaget å gi de en opplevelse av kontroll de tidligere har savnet, og er en hjelp til innarbeiding av nye og sunnere mat- og spisevaner. Men denne opplevelsen er ikke entydig. For enkelte synes restriksjonen påført under operasjonen å fungere mer som en ”mekanisk tvang” som forhindrer inntak av større mengder mat, uten at de klarer å nyttiggjøre seg av den hjelpen restriksjonen og ubehaget i etterkant er ment å gi, jf. kap. 6.3.1. Enkelte får også problemer når de ikke lenger kan bruke mat til å døyve vanskelige følelser i etterkant av kirurgi (ibid). I mangel av annen mestringsstrategi prøver de å forsere matinntaket raskere enn de skal, til tross for kraftig ubehag i etterkant. De går ned i vekt, men opplever samtidig en stressfull tilværelse. For noen blir trening og lavkaloridietter igjen middelet for å bøte på utskeielser, mens andre finner hjelp i å igjen starte på vektreduksjonskurs som Grete Roede.

Funn i studien indikerer at selv om GBP-operasjon kan være en hjelp for mange når det gjelder innarbeiding av nye mat-, spisevaner og vektreduksjon, gir den ingen garantier for fremtiden. Den lille magen forhindrer overspising og de opplever et raskt vekttap, mens årsakene til overspisingen kan ”overleve”. Erfaringer kroppsliggjøres, og fortiden følger de inn i både nåtid og fremtid. Underliggende problemer som forårsaker emosjonell spising kan være en viktig faktor i utvikling av fedme, og studien viser at flere av de som strevde med emosjonell spising i forkant av operasjonen, fortsatt strever på intervjudtidspunktet. Dette indikerer at for noen pasienter er ikke fedmereduserende kirurgi nok, de trenger også en

annen type oppfølging og behandling. De som har fått profesjonell hjelp og en økt forståelse av sammenhengen mellom tanker, følelser, og hvilken rolle mat og spising har hatt og har i deres liv, klarer å tilnærme seg mat på en ny og mer konstruktiv måte. En kognitiv tilnærming synes å være en nødvendig hjelp for at enkelte skal klare å ta tak i og jobbe med egen spiseproblematikk. Samtidig indikerer funn at noen underkommuniserer sine vansker, og at opplevelser av kroppslig uro muligens kan skyldes underliggende problemer som den det gjelder ikke selv er bevisst. Dette indiker at atmosfæren og dialogen som skapes mellom helsearbeider og pasient på kontroller er viktig for og at den enkelte skal få den oppfølgingen og hjelpen de trenger, og at tiltak settes i verk når behovet er der.

Resultater fra studien viser at hva og hvordan informantene spiser, både har en subjektiv og relasjonell betydning. Informantene opplever ofte ros og anerkjennelse for et sunt matvarevalg. Maten de spiser synes gi signaler om en person som er i ferd med å ta oppgjør med tidligere spisevaner og grep om eget liv. Men bruken av ordet *matsorg* indikerer at endring av matvaner også kan innebære både et savn og tap for den det gjelder, og at det for noen kan være nødvendig å gjennomgå en sorgprosess for å erkjenne tapet av den ”gamle” magen og en mangeårig livsform. Et endret matvarevalg synes å berøre eksistensielle spørsmål og rokker både ved informantenes egen oppfatning av seg selv, hvem de er og fremstår som i egne og andres øyne. Funn i studien viser at mange savner den ”gamle” magen og å ha frihet til å kunne hva og hvor mye de vil i sosiale sammenhenger. Å bryte med forventninger som stilles til til fellesmåltidet kan gi en følelse av annerledeshet og å ikke være ”inkludert” i det gode selskap på lik linje med andre.

Resultater i studien viser at mens endring i spisemønster og matvaner kan erfares som et tvetydig prosjekt, omtales betydningen av å få en lettere kropp med stor glede.. Å kunne ”ta for gitt” at kroppen lystre og samarbeider med dem i ulike gjøremål, gjør hverdagen enklere og får betydning for hvordan informantene opplever seg selv og egen tilværelse. Opplevelsen av å mestre synes få betydning for både selvtillit og selvfølelse. Etter hvert som informantene går ned i vekt og kroppen blir mindre, ser de på seg selv med et nytt blikk, og opplever at andre gjør det samme. Informantene erfarer langt på vei et skifte fra stigmatisert til ikke stigmatisert status. Samtidig oppdager noen at mye av avskyen de tidligere mente å se i andres blikk, var deres eget blikk på seg selv. Dette indikerer at vår selvfølelse og selvforståelse ikke bare preges av subjektive opplevelser av egen kropp og helse, men også av hvordan vi tror andre ser på og oppfatter oss. I vår kultur gis det et inntrykk av at en kropp med fedme er lite

ønsket (kap.3.4). Vektreduksjonen gjør at informantene føler seg mer vel i interaksjon med andre, noe som indikerer at kulturens normer og forventninger har en viktig plass i vår selvoppfatning. Samtidig forteller det empiriske materialet at mange fortsatt står ovenfor store utfordringer i tiden fremover.

Funn i studien antyder at det for mange tar tid å venne seg til sin nye kropp og utseende. Selv om kroppen blir mindre er de i deres indre blikk på seg selv, fortsatt tykke. De trenger tid for å klare og tenke annerledes om seg selv og egen situasjon. *Det er ikke i hodet vi er operert,* som de sier. De gir uttrykk for å føle seg hjemme og fremmed i egen kropp på samme tid, hva Sveneus omtaler som en følelse av *hjemløshet* i egen kropp, jf. kap. 3.3. Selv om vekttapet er sterkt ønsket, trenger de tid til å ”justere” sitt gamle kroppsbilde, forlate en mangeårig identitet som ekstremt tykk og å bygge en ny identitet som samsvarer med deres faktiske kroppstørrelse. Samtidig synes dette nødvendig for å åpne opp for og å klare å gripe mulighetene en slankere kropp gir.

På intervjudtidspunktet gir deltagerne uttrykk for usikkerhet med tanke på fremtiden, og et behov for og ønske om en tett oppfølging i tiden fremover. Flere har erfart at det er lett å falle tilbake i gamle vaner samtidig som innarbeiding av nye, og å holde fast på disse, erfares som et møysommelig prosjekt. Studien viser at informantene møter utfordringer og reaksjoner både hos seg selv og andre som de ikke var forberedt på. Dette indikerer at å endre inn-arbeidede vaner kan erfares som både problematisk og utfordrende, og kan ikke sees isolert fra individets egen livshistorie og miljø. For noen kan det bli en utfordring at deres nye spise- og aktivitetsvaner kan være lite forenelig med enkelte av vennene de hadde før operasjonen. Flere gir uttrykk for ubehag ved at kjente og ukjente uoppfordret begynner å kommentere de nye spisesvanene, kroppen og utseendet deres. De kan også møte uventede reaksjoner som antyder misunnelse og stereotype holdninger i form manglende anerkjennelse for vektreduksjonen de har oppnådd. Reaksjoner som dette indikerer at å endre levevaner ikke er noe som kan isoleres fra informantenes øvrige omgivelser. Erfaringne de gjør seg er individuelle, men preges og tillegges mening og betydning ut i fra reaksjoner fra andre og i lys av den kulturelle rammen.



## 9.1 Kontroller og behov for oppfølging

På intervju tidspunktet gir deltagerne uttrykk for behov og ønske om en tett oppfølging i tiden fremover. Min studie understøtter her resultater fra andre studier (Sarwer m.fl 2005, Hout og Heck 2009, Aasheim m.fl 2007) På kontroller er det oftest helsepersonell som setter agendaen. Helsepersonell kaller pasienten inn og på en knapt tilmålt tid skal blodprøver tas, pasienten veies og opplysninger om hvordan vedkommende har det innhentes. I en presset arbeidssituasjon der ressursene er begrenset, kan det være lett å overse pasienter som strever så lenge de kan vise en tilfredsstillende vektreduksjon og en stabil vekt. På overflaten kan alt se greit ut, men innvendig kan pasienten likevel oppleve et følelsesmessig kaos. Det er kanskje lettere å svare at det går stort sett bra, enn å innrømme at ting er vanskelig og at en trenger hjelp? Stadig flere både i og utenfor helsevesnet innser at en holdningsendring må til, noe Pasientrettighetsloven og kravet om brukermedvirkning er et uttrykk for. Men hvordan kan man jobbe for at dette gapet blir minst mulig, og at pasientene selv for være med å sette agendaen på møtene? En innfallsvinkel kan være som beskrevet av Sveneus, hans innsikt i fenomenologiens opplevelsesbaserte og hermeneutikkens tolkningsbaserte perspektiv åpner opp for pasientens egne erfaringer og forståelse av sin situasjon. Han sier:

*Å forstå et sykt menneske handler ikke bare om biologi og kjemi, men også å nærme seg et kompleks av tanker og følelser som bunner i en unik identitet og personlighet. Det handler om å etablere en forståelse for en konkret væren-i-verden som har antatt hjemløse former (Sveneus 2005:86).*

Sveneus peker på betydningen av å etablere en god kontakt med pasienten der det tilstrebes at hele mennesket blir sett. Det innebærer at ikke bare den medisinske, men også den fenomenologiske og kulturelle siden av sykdommen vises oppmerksomhet. Det medisinske møtet kan ifølge Sveneus symbolisere en avstand mellom to forståelsesformer, pasienten med sine hverdagslige livserfaringer (illness) og legen med sin medisinske kunnskap om sykdommen (disease). God dialog blir viktig for å bygge en bro over dette skillet. Et fenomenologisk perspektiv åpner opp for pasientens egne historier og erfaringer. Ved å etablere en god dialog og betrakte endringsprosessen informantene er inne i som en kroppslig og eksistensiell erfaring, kan en som Sveneus antyder, vinne innsikt i den andres livsverden. God kommunikasjon innebærer at pasientens utfordringer og problemer ikke bagatelliseres, men at den det gjelder føler seg trygg på å få den anerkjennelsen, respekten og hjelpen vedkommende trenger når spørsmålene og behovet er der (ibid). Hvis en pasient blir gående lenge med en utrygghetsfølelse og ikke får kommunisert sitt behov for hjelp, forblir dette

tause erfaringer. Det kan føre til at vedkommende opplever tilværelsen stressende og slitsom, blir sittende fast i et gammelt mønster og ikke åpner opp for mulighetene som vekttapet gir.

Pasientens egen erfaring og forståelse av sine symptomer kan også få en grunnleggende betydning når den kobles til kroppens egne signaler (Engelsrud 1998, Duesund 2001, Sveneus 2005). Etter GBP-operasjonen går informantene inn i en tid som krever nylæring og nyorientering. Helsearbeideren kan være en viktig ressurs i arbeidet når det gjelder å skape kunnskap og forståelse av opplevde signaler og ubehag, og de anatomiske endringene pasienten ble påført under kirurgi. Ved å spille på lag med kroppen, aktivt lytte til, reflektere over, forsøke å tolke og forstå kroppens signaler, kan den det gjelder tilegne seg nyttig kunnskap under innarbeidingen av nye spisevaner og aktivitetsvaner. Flere informanter i denne studien har eksempelvis opplevd kraftig dumping etter å ha spist sjokolade. Hvis den det gjelder ikke har forståelse for hva som skjer, kan ubehaget oppleves som en potensielt livstruende situasjon i stedet for være en læresituasjon der vedkommende høster erfaring med ulike typer mat tolerer/ikke tolerer å spise.

I kapitlet *Spisingen blir et eget prosjekt* kom det frem at mange strevde med spisemønstret sitt både i forkant og etterkant av GBP-operasjonen. De som har en spiseforstyrrelse i tillegg til fedme står ovenfor to problemer. Flere trekker frem at behovet for trøstespising er redusert pga stereotype og stigmatiserende holdninger fra andre har avtatt. Det gir indikasjoner om at selvbildet og det negative bildet fete har av egen kropp og vekt preges av holdninger de møter ute i samfunnet. Men spiseforstyrrelser forårsaket av underliggende problemer av følelsesmessig art slik Else beskriver forsvinner ikke selv om vekten går ned og krever en annen type hjelp, jf. kap. 6.3.1. Det innebærer at den som trenger det må få den hjelpen som trengs enten det er i forkant eller etterkant av operasjonen. Hvis ikke er det lett å tenke at de ender opp i en vanskelig og stressfull situasjon.

Flere og flere fagpersoner som jobber innen fagfeltet tar til orde for at fedme må sees som en kronisk sykdom som krever livslang oppfølging (Kristinsson 2009, Hjelmesæth 2007, Karlsen m.fl 2005). Det innebærer at behandlingen ikke er slutt selv om pasienten etter GBP-operasjonen har oppnådd en ønsket vektnedgang. Fokuset må da endres fra vektnedgang til vektvedlikehold. I spesialisthelsetjenesten, stilles det krav om tverrfaglige poliklinikker. Det er en erkjennelse av at fedme er et komplekst problem som må sees og angripes fra ulike perspektiver, og at den det gjelder får den hjelpen vedkommende trenger når behovet er der (Hdir 2010). Denne studien støtter opp under en slik holdningsendring.

## 9.2 Kan undersøkelsen bety noe for kunnskapen på fagfeltet?

Jeg tror funnene i denne undersøkelsen kan bidra med et mer nyansert syn på ulike erfaringer og utfordringer personer som skal gjennomgå en GBP-operasjon står ovenfor i etterkant av kirurgi. Gitt det begrensede antall personer som inngår i studien, bør funnene likevel tolkes med forsiktighet, resultatene vies oppmerksomhet og undersøkes i en større sammenheng. Studien har fokus på perioden 12-19 måneder etter kirurgi. Det hadde vært ønskelig å gjenta den på et senere tidspunkt for å se hvordan det går med de i et lengre tidsperspektiv.

Erfaringene informantene trekker frem underbygger kvantitativ forskning som viser til at mange opplever å få et bedre liv i etterkant av kirurgi, jf. kap.2.2. Min studie gir imidlertid en mer detaljert innsikt i pasienters egne erfaringer etter kirurgi, slik de selv fremstiller de. Spesielt trekkes følelsesmessige forhold rundt egen spisestil, spise- og matvaner frem som betydningsfulle. Endringene berører personlige og eksistensielle sider ved informantenes liv, og bruk av ord som *matsorg* indikerer at å gjennomgå en GBP-operasjon og å legge om levevaner kan innebære både *savn og tap*. Dette er funn som er lite belyst i kvantitative studier, og bør vies oppmerksomhet i kommende studier. Det vil også være nyttig informasjon og kunnskap for fremtidige pasienter som vurderer å gjennomgå kirurgi, deres pårørende og helsepersonell. Erfaringene som trekkes frem kan også gi en dypere forståelse for hvorfor noen strever i etterkant av kirurgi og andre ikke.

GBP-operasjonen kan være et viktig hjelpemiddel på veien til en rask vektreduksjon og en hjelp i omlegging av levevaner, men gir den ingen garantier for fremtiden. De som velger GBP-operasjon som behandling for sin sykelige fedme, tar et valg for resten av livet. I tillegg til informasjon om behandlingsopplegget rundt GBP-operasjon, komplikasjoner som kan oppstå på kort og lang sikt, bør pasienten forberedes på og være inneforstått med det livslange endringsarbeidet som er nødvendig for å oppnå gode resultater over tid. I tillegg bør de informeres om at overflødig hud kan bli et problem i etterkant av vekttapet, og at kroppens utseende kan bli et annet enn det de forestiller seg. Tatt i betrakning at overflødig hud kan skape emosjonelle problemer for den det gjelder i etterkant av kirurgi, bør ansvarlige helsemyndigheter i tiden fremover arbeide for å tilpasse kapasiteten i tråd med det økende antallet bariatriske operasjoner.

Resultatene fra studien viser at endringer i levevaner påvirker både familie, venner og nære andre. Å oppfordre pasienten om å informere nære andre om endringene som vil komme,

søke aksept og støtte hos de allerede preoperativt, vil kunne være en viktig hjelp i innarbeiding av nye spise- og aktivitetsvaner i etterkant av kirurgi

Det er i dag aksept for at fedme er et komplekst problem som krever en tverrfaglig tilnærming (Hdir 2010). Funn i studien antyder at å kartlegge og gripe fatt i livshendelser eller problemer som kan være årsak til emosjonell spising på et tidlig tidspunkt, kan være av betydning for å unngå en stressfull tilværelse og et godt resultat i etterkant av kirurgi. Den preoperative utredningen bør i tillegg til biomedisinske undersøkelser derfor ha fokus på sider ved pasientens livssituasjon og livshendelser som kan være årsak til et forstyrret spisemønster og emosjonell spising. Fenomenologien kan her være til hjelp. Gitt at kroppen er meningsbærende og at erfaringer kroppsliggjøres, vil et viktig spørsmål jf. fenomenologien være, *hva er fedmen uttrykk for?*

Med unntak av ønsket om plastisk kirurgi er det få som på intervju tidspunktet etterlyser en mer ”somatisk” oppfølging i etterkant av kirurgi. Derimot kommer ønsket om tett oppfølging og hjelp til ”selvarbeid”<sup>27</sup> frem både når det gjelder innarbeiding av vaner, motivasjonsarbeide, selvbilde, bygging av en ”ny” identitet og utfordringer de møter i forhold til andre mennesker. Det innebærer at pasientens egne erfaringer må vies oppmerksomhet, og at enkelte trenger individuelle og ”skreddersydde” tiltak for å få den hjelpen de trenger.

Resultater fra studien indikerer at å gjennomgå en GBP-operasjon ikke er en enkel løsning på et ”tungt” problem. Det er oftest en årsak til at man har de vanene man har, og å endre de kan være en møysommelig prosess (Barth m.fl 2007, Bonsaken m.fl 2011). Før valget om operasjon tas bør den det gjelder oppfordres til å stille seg selv spørsmål som angår eget spisemønster og matvaner for å få innsikt i hvilken betydning maten har og hvilken rolle den spiller i ens liv, jf. spørsmål i kap 6.7. Ambivalensutforskning er hyppig brukt og har vist seg å være nyttig for å bygge motivasjon når det gjelder problematisk atferd i forhold til røyk og alkohol (Barth m.fl 2007). Om ambivalensutforskning i forkant av bariatrisk kirurgi kan ha en betydning for valg av kirurgi eller ikke, eller medføre en styrket tro på egen mestring i etterkant av kirurgi, er så langt jeg har funnet ut, et lite utforsket tema. Tatt i betraktning av at endring av levevaner kan medføre en tapsopplevelse, og at noen ifølge Cooper og Fairburn

---

<sup>27</sup> Uttrykket ”selvarbeid” er lånt av Elisabeth Fransson som bruker dette i sin ph.d avhandling: *Fortidens tyngde – om selvarbeid under opphold og utflytting fra ungdomshjem*.

(2001) sin studie synes det er ”tryggest” å gi opp og/eller faller tilbake til gamle vaner når utfordringene melder seg, jf. kap. 8.2, kan dette være et aktuelt tema å utforske videre

Funn i studien antyder at intervjuene har funnet sted på et ”sårbart” tidspunkt. Vekttapet induisert av operasjonen har stoppet opp, og noe av lykkerusen de følte under det raske vekttapet har måttet vike plass for en usikkerhetsfølelse med tanke på fremtiden. Flere har erfart at det er lett å falle tilbake i gamle vaner og mønstre, og uttrykker usikkerhet med tanke på fremtiden. Det vil derfor være av betydning å sette inn ekstra ressurser i form av kontroller eller kursdager på dette tidspunktet. Å få snakke om og drøfte egne erfaringer, opplevelser av uro og redsel og samtidig få gode tips og råd, kan bidra til å styrke den enkelte og gi en viktig trygghet på veien videre. Samtidig gir det en mulighet til å fange opp de som strever, trenger ekstra hjelp og støtte slik at nødvendige tiltak kan settes inn. Tiltakene som settes i verk bør være tilpasset den enkelte. Hva som synes å være viktig og et behov for en person, kan være helt forskjellig fra en annens.

Flere av deltagerne i studien har deltatt aktivt i selvhjelpsgrupper og fremhever disse som en støtte og hjelp underveis i endringsprosessen de er inne i. Å møte andre som er i eller har vært i samme situasjon som dem selv, snakke sammen, dele erfaringer, få tips, gode råd, inspirasjon og tro på at endring er mulig og nytter, synes å ha vært en viktig motivasjonskilde for flere av deltagerne i studien. Det indikerer at erfarne pasienter kan sitte inne med kunnskap som kan være viktig for andre når det gjelder å mestre hverdagen. I tråd med anbefalinger i Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten (Hdir 2010) og Samhandlingsreformen (HOD 2011) sine intensjoner, kan det være nyttig å tilrettelegge for møteplasser i kommunene der vektopererte kan møtes og lære av hverandre. Betydningen av selvhjelpsgrupper som en del av ettervernet etter bariatrisk kirurgi er lite belyst, og kan være et tema for videre undersøkelser.

Jeg velger å avslutte med et utsagn fra en av deltagerne i studien:

*For har vi først fått operasjonen så er det bare en del, folk må få hjelp hvis de har problemer med å endre ting. For selv med denne bitte lille magen kan vi jo begynne å gå opp i vekt etter et par år. Og det er ikke sikkert at den laveste vekten kommer til å stabilisere seg hvis vi ikke er med i hodet vårt. Det må være midler til å følge opp folk. For ellers så blir det ikke noen solskinnshistorie slik som det burde være...(Dina)*

## 10. Kildeliste

- Astrup, A. (1998): Energibalance. I: Andersen m.fl: *Fetma/fedme – en nordisk lærebok*. Sverige: Studentlitteratur Lund
- Barth T., Børtveit T., Prescott P (2007): *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Bengtsson, J. (1999): *Med livsvärlden som grund*. Sverige: Studentlitteratur, Lund
- Bengtsson, J. (2006): *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Norge: Høyskoleforlaget
- Birketvedt G.S. (2000): *Vektreduksjon*. Allmennpraktikerserien. AIT Otta: Tano Aschehoug forlag
- Bocchieri L.E, Meana M., Fisher B.L (2001): A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research* 52 (2002) 155-165
- Bonsaken m.fl (2011): Lærer å mestre sykkelig fedme. Fagutviklingsartikkel presentert i Sykepleien 2, 2011.
- Bray GA (2004): Medical consequences of obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:2583-9
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E et al.(2004) Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Jama*:292:1724-37.
- Buhl, C. (1996): *Overvekt og slanking*. Oslo: Universitetsforlaget A/S
- Byrne S, Cooper Z og Fairburn C (2003): *Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study*. *International Journal of obesity* (2003) 27, 955-962
- Cooper Z.og Fairburn G. (2001): *A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity*. *Behaviour Research and Therapy*. Volum 39, issue 5, mai 2001 s. 499-511
- Duesund, L.(1998): Den skolerte kroppen. I: Skårderud og Isdahl (1998): *Kroppstanker, kropp - kjønn - idéhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Duesund, L.(2001): *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Oslo:Gyldendal
- Egeland A (2003): Utvikling av fedme i Norge 1960-2000, Folkehelseinstituttet
- Elvebakken, K.T. (2002): Korrekt vektkontroll – kampanjer i kampen mot overvekt. I: *Helsebilder. Sunnhet og sykdom i et kulturelt perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS 2002, 41-46.
- Engeland A Bjørge T, Selmer RM, Tverdal A (2003): Height and body-mass index in relation to total mortality. *Epidemiology* 2003;14:293-9.

Engelsrud, G. (1998): Kroppen som kunnskap og mulighet. I: Skårderud og Isdahl (1998): *Kroppstanker, kropp - kjønn - idéhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Engelsrud, G. (2006): *Hva er kropp?* Oslo: Universitetsforlaget.

Engelsrud G og Heggen K (2007): *Humanistisk sykdomslære*. Oslo: Universitetsforlaget

Fakta om overvekt og fedme. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2010. ([www.fhi.no](http://www.fhi.no))

Fransson, E (2009): *Fortidens tyngde – om selvarbeid underopphold og utflytting fra ungdomshjem*. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitet i Oslo

Friberg, F. (1999): Patienten som vill veta og förstå. Ett försök att livsvärldanknyta aspekter av patientundervisning. I: Bengtsson, J. (1999): *Med livsvärlden som grund*. Sverige: Studentlitteratur, Lund

Fürst, E.(1995): *Mat-et annet språk. Rasjonalitet, kropp og kvinnelighet*. Oslo:Pax forlag A/S

Goffman, E. (1963): *Stigma. Om avvigerens sosiale identitet*. Oslo: Gyldendals samfunnsbibliotek. Pensumtjeneste AS 2000

Grilo, Wilfley, Brownell og Rodin(1994): *Teasing, body-image, and self-esteem in a clinical sample of obese women*. Addictive behaviour, vol 19 no 4 443-50

Groven, K.S. (2008): *Trening i endringens tegn – noen overvektiges erfaringer*. Masteroppgave i helsefagvitenskap. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2008.

Groven S., Råheim M. og Engelsrud G (2010).: My quality of life is worse compared to my earlier life. Living with chronic problems after weight loss surgery. *Int. J. Qualitative Stud Health Well-being. Empirical studies*

Hanevold, S.(2009): 3-ukers kuren. Informasjons- og kostholdsbrochure utarbeidet til pasienter som skal gjennomgå bariatrisk kirurgi. Utarbeidet ved Oslo universitetssykehus HF, Senter for sykkelig overvekt, Aker sykehus

Harbo og Hokland (2009): Rekonstruktiv plastikkirurgi etter betydelig vektreduksjon, ([www.kirurgen.no](http://www.kirurgen.no))

Haug F. (1990): *Moralens tvekjønn*, i Sosiologi i dag 3/1990 s 12-34

Hdir - Helsedirektoratet (2010a), IS 1735: *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*, Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten

Hdir - Helsedirektoratet (2010b), IS 1734: *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*, Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten

Hdir – Helsedirektoratet (2011): [www.helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger](http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger) , tall publisert 27.11.11

HOD – Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted – i rett tid. St.meld. nr 47 (2008-2009)*. Oslo: akademika AS

HOD – Helse- og omsorgsdepartementet L02.07.1999 nr.63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Heggen K. (2007): Sykdom mellom prerefleksiv erfaring og diagnose. I: Engelsrud G og Heggen K (2007): *Humanistisk sykdomslære*. Oslo: Universitetsforlaget

Heggen K. og Fjell T.I (1998): Kap. 3 Etnografi i *Helsefag 4200 Forskningsmetoder og forskningsetikk. Kopisamling*. Universitetet i Oslo. Det Medisinske Fakultet Institutt for sykepleievitenskap og helsefag 2004

Hilary A. m.fl (2010): Risk of Suicide after Long-term Follow-up from Bariatric Surgery. The American Journal of Medicine

Hjelmesæth J. (2007a) Sykelig fedme på alvor. Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 1 2007,127

Hjelmesæth J. m.fl (2007b): Livsstilsbehandling av fedme. Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 18 2007,127, 2410-2

Hjelmesæth J.og Sandbu R.(2010): Sykelig overvekt – ulikt behandlingstilbud. Tidsskrift Norsk Lægeforening nr.18 2010;138

[Hofsø D](#), [Nordstrand N](#), [Johnson LK](#), [Karlsen TI](#), [Hager H](#), [Jenssen T](#), [Bollerslev J](#), [Godang K](#), [Sandbu R](#), [Røislien J](#), [Hjelmesæth J](#) m.fl (2010): Obesity-related cardiovascular risk factors after weight-loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. European Journal of Endocrinology (2010) 163 735-45

Hofsø D, Aasheim E.T, Søvik T., Jakobsen G.S, Johnson L.K, Sandbu R., Aas A.T, Kristinsson J.; Hjelmesæth J.(2011): Oppfølging etter fedmekirurgi. Tidsskrift Norsk Lægeforening 2011; 131:1887-92

Hout, G., Boekestein P., Fortuin F., Pelle A., Heck G (2006): Psychological Functioning following Bariatric surgery Review article. Obesity Surgery, 16: 787-794

Hout G., Heck G. (2009): Bariatric Psychology, Psychological Aspects of Weight Loss surgery. Review article. Obesity Facts 2009; 2:10-15

Hylland Eriksen, T. (2006): Innledning: I de enøydnes land i boken *Normalitet*, T. Hylland Eriksen og J.K Breivik. Oslo: Universitetsforlaget AS

Haavind H (2000): *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: yldendal Norsk Forlag AS

Inez Lien, M. (2004): Menn og slanking. En kvalitativ studie av maskulinitet, kropp, mat og helse i møte med menn som opplever overvekt. Hovedoppgave sosiologi, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo



Jakobsen, G. S (2008): Behovet er som en tsunami. Symposium om plastikkirurgi etter bariatrisk kirurgi. Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi. (www.legeforeningen.no)

Jallinoja P., Absetz P., Kuronen R., Nissinen A., Talja M., Uutela A et al (2007): The dilemma of patient responsibility for life style change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scan J Primary Health Care* 2007, 25; 244-49

Karlsen T.I, Schulz T.B, Gislason H. (2005): Sykelig fedme og fastlegens rolle. *Dagens medisin* 29.05.05

Kvale, S. (2004): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lorntzen J. og Mühleisen W. (2006): *Kjønnsforskning en grunnbok*. Oslo. Universitetsforlaget

Malterud, K. (2002): Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 2002, 122: 2468-72

Malterud, K. (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

Malterud K. og Ulriksen K. (2009): Norwegians fear fatness more than anything else” —A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health promotion. [Patient Educ Couns](#). 2010 Oct;81(1):47-52. Epub 2009 Nov 30.

Martinsen, E (2004): Når slanking blir farlig. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, nr. 15, 2004:24

Must m.fl. (1999): The disease burden associated with overweight and obesity. *Jama* 1999;282(16) 1523-9

Nilsen m.fl (2003): SMM-rapport Nr. 1/2003 *Kirurgisk behandling av ekstrem/sykkelig fedme. En forenklet litteraturgjennomgang*. SINTEF rapport Oslo

Nortvedt og Grimen (2004): *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ogden m.fl (2006): The impact of obesity surgery and the paradox of control: A quality study. *Psychology and Health* April 2006, 21(2): 273-293

Ogden J. og Clementi C. (2010): The Experience of Being Obese and the Many Consequences of Stigma

Oria HE, Moorehead MK (1998): Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obesity Surgery* 1998; 8:487-99

Prochaska & DiClemente (1992): Modellen “Model og Change er blant annet beskrevet i boken til Barth m.fl.(2001): *Endringsfokustert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Puhl R. & Brownwell KD (2001): Bias, Discrimination and Obesity. Review article. *Obesity Research* Vol. 9 No. 12 December 2001

Rand CS. og Macgregor AM (1991): Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liable of morbid obesity. *Int. Journal of Obesity* Sept; 15(9):577-9

Rasmussen T.H.(1996): *Kroppens filosof Maurice Merleau-Ponty*. København: Semi-forlaget

Rössner S. (2009): Overvekt og fedme: *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet

RRHF (2005): Rapport Regionale Helseforetak: Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten, Voksne, 04.05.05

RRHF (2007): Rapport Regionale Helseforetak: Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten, Voksne, 1. november 2007

Rugseth G og Engelsrud G (2007): Overvåkning av vekt i Engelsrud G og Heggen K: *Humanistisk sykdomslære*. Oslo: Universitetsforlaget

Rugseth G. (2004): *Når perspektivet endres; fra fett til erfaring*. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Oslo

Rugseth G. (2010): *Overvekt som livserfaring. Et empirisk – teoretisk kunnskapsbidrag*. Avhandling til Ph.D-graden. Avdeling for helsefag, Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2010

Rush M.D, Andris D. (2007): Maladaptive Eating Patterns After Weight-Loss Surgery. *Nutrition in Clinical Practice* 22:41-49

Rössner, S. (2008): Overvekt og fedme: *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet

Råheim, M. (2002): Kroppsfenomenologi – innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 2002, 122: 2477-80

Råheim M. (2001): Kvinnens kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk-hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter. Det psykologiske fakultet og Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Sandsengen H. (2009): Psykolog ved St. Olavs hospital i Trondheim. Referansen viser til nettsider ved St. Olav, [www.stolav.no](http://www.stolav.no) Obetasklinikken – FAQ- Matvaners psykologi

Sarwer D.B, Wadden T. A., Fabricatore N.(2005): Psychosocial and behaviorall Aspects og Bariatric Surgery Review Article. *Obesity research* vol. 13, 4.april 2005: 639-648

SEF – Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2000): Rapport 1/2000 *Vekt-Helse*

Segal A, Kinoshita Kussinoko D., Larino MA (2004): Postsurgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or anew eating-disorder? A case series. *Obes Surg* 2004;14:353-60

SIFO Fagrapport nr. 5 - 2007: *Kroppserfaringer og slankevaner, en kvalitativ studie av kvinner som slanker seg*. Oslo: Statens institutt for forbruksforskning

ShDir - Sosial og Helsedirektoratet (2004): Rapport IS-1150 Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Oslo: Sosial og helsedirektoratet

Skårderud F (2001): Tapte ansikter. I: *Skam. Perspektiver på Skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget

Skårderud F. (2007): *Sterk/svak Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co

Skårderud F. (2004): *URO en reise i det moderne selvet*. Oslo: Aschehoug & Co

Steen A, Hjennum S., Kristinsson, J. Schou C.F (2005): *Informasjon til deg som ønsker operasjon for sykkelig overvekt*. Overvektssentret, Aker sykehus HF. Helse Sørøst

Strømme og Høstmark (2002): Fysisk aktivitet, overvekt og fedme. Tidsskrift Norsk Lægeforening; 120:3578-82

Sveneus F. (2005): *Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Sveneus F (2007) Å bli syk: En studie i tilsykningens fenomenologi i *Humanistisk sykdomslære*. Oslo: Universitetsforlaget

Søvik T., Aasheim E.T., Kristinsson J., Schou J.F., Nesbakken A., Mala T. (2007): Lapraskopisk kirurgi ved sykkelig fedme ved et regionalt senter. Tidsskrift Norsk Lægeforening nr.1 2007; 127: 47-9

Thagaard T. (2002): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tuthill A., Slawik S, O’Rahilly, Finer N.(2006): *Psychiatric co-morbidities in patients attending specialists obesity service in UK,* ” QJM, vol no. 99:5:317-325

Ulseth E., Undheim R, Malterud K.: Er fedmeepidemien kommet til Norge? Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 1 2007; 127 (1): 34-7

VågeV. (2007): Overvekt, fedme, sjukleg overvekt. Tidsskrift Norsk Lægeforening, nr. 1 4.januar 2007

World Health Organization (WHO) 2000, *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. Geneva: WHO technical Report Series nr. 894

[www.fhi.no](http://www.fhi.no) : Overvekt og fedme hos voksne –faktaark. Publisert 03.02.04, oppdatert 22.04.09

Wyller, TB. (1998): *Bruk av livskvalitetsbegrepet i medisinsk forskning – til gagn eller ugagn?* Tidsskrift Norsk lægeforening 1998;118:4247-51

Aasheim E.T., Mala T., Søvik T.T, Kristinsson J., Bøhmer T.(2007): *Kirurgisk behandling av sykkelig fedme*. Tidsskrift Norsk Lægeforening, nr. 1, 2007; 127:38-42

Østerberg D. (1994): Innledning ved Østerberg. I: Merleau-Ponty, M. (1994): *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag A/S

Aasheim, E.T. (2010) *Vitamin concentrations in Scandinavian obese subjects undergoing surgical and non-surgical weight loss*. Faculty of medicine, University of Oslo 2010. Trykk: AiT-e-dit AS, Norge.

## **10.1 Vedlegg**

**Vedlegg 1:** Intervjuguide

**Vedlegg 2a:** Forespørsel om å delta i intervju

**Vedlegg 2b:** Bakgrunnsopplysninger

**Vedlegg 3a:** Godkjenning fra REK

**Vedlegg 3b – 3d:** Godkjenning av REK om veilederskifte og forlengelse av innleveringsfrist

**Vedlegg 4:** Godkjenning av NSD

**Vedlegg 5:** Informasjon til deltagere om forsinket innlevering av studien

## VEDLEGG 1

TEMAER/SPØRSMÅL SOM UTGANGSPUNKT FOR SAMTALE/INTERVJU.  
(med forbehold om endringer).

1. Kan du fortelle meg litt om deg selv: Alder, sivilstatus, arbeid, interesser?
2. ~~(Kan du fortelle meg litt om din hverdag som overvektig før du ble operert? - Kutter ut dette spørsmålet)~~ *Utgår*
3. Hva var utslagsgivende for at du bestemte deg for operasjon?
4. Kan du fortelle meg litt om hvordan operasjonen gikk?
5. Magesekkens volum minskes under operasjonen, og deler av tarm kobles ut eventuelt fjernes. Jeg er interessert i å høre om dine erfaringer vedrørende dette. Hvordan oppleves det å bare kunne drikke og spise små mengder mat?
6. Hvordan har du opplevd/oppleves det endrede spisemønsteret i sosiale sammenhenger?
7. En del pasienter har plager som sure oppstøt, oppkast, luftplager i magen, illeluktende avføring, diaré, mangelfullt opptak av næringsstoffer i tarm med mer. Hvis du har noen av disse eller andre plager, hvordan lever du med ubehaget i hverdagen?
8. Mange overvektige spiser og legger på seg fordi de finner trøst, trygghet og behag i mat og måltider (Rugseth 2004). Hvis dette er/var tilfelle for deg, hvordan blir behovet for stimulering gjennom mat håndtert (når kirurgi stenger av muligheten til å innta større mengder mat)?
9. De første månedene etter operasjon opplever de fleste et raskt og betydelig vekttap. Klarer du å si noe om hvordan dette oppleves/kjennes i kroppen?
10. Har vekttapet gjort det lettere å bevege seg?
11. Forholdet til dine nærmeste – familie, venner, kollegaer – har det endret seg etter operasjonen? Hvordan kommer dette til uttrykk?
12. Forut for og etter operasjonen stilles det krav om livsstilsendringer. Hvilke erfaringer har du gjort deg i å leve opp til disse?
13. Hva har vært til hjelp og hva synes du kunne vært bedre i oppfølgingen etter operasjonen?
14. I tiden etter operasjonen har kroppen din vært igjennom store endringer. Opplever du eller har du noen gang tenkt at jeg har en ny kropp som jeg må bli kjent med?
15. Psykolog Charlotte Buhl skriver i sin bok *Overvekt og slanking* at den store kroppen kjennes trygg, og det kjennes utrygt å forandre seg/gå ned i vekt. Hva tenker du om hennes uttalelse?
16. Etter vekttapet, erfarer du at du er den "samme" personen som før operasjonen, eller er noe endret?

---

Forts. TEMAER/SPØRSMÅL SOM UTGANGSPUNKT FOR SAMTALE/INTERVJU

17. Hvis du ser på din totale livssituasjon, hva har blitt bedre etter operasjonen, og hva oppleves eventuelt som vanskelig?
18. Hvilke tanker har du om fremtiden?
19. Er det noe av betydning for deg som du synes er viktig kommer frem i en slik undersøkelse, og som vi ikke har snakket om?
20. Hvordan synes du det er/har vært å være med på en slik samtale/undersøkelse som dette?

VEDHEGG 2a

FORESPØRSEL OM Å DELTA I INTERVJU

Jeg er mastergradsstudent i Helsefag ved Universitetet i Oslo, og holder nå på med min avsluttende mastergradsoppgave. Temaet for oppgaven er overvektsbehandling og kirurgi. Minsking av magesekk og utkobling av deler av tarm medfører et raskt vekttap og store endringer i hverdagen til den det gjelder. Jeg er interessert i å undersøke hvordan voksne som har gjennomgått kirurgisk behandling har/ har hatt det i tiden etter operasjonen. For å finne ut av dette ønsker jeg å intervju 6-10 personer over 18 år et års tid etter gjennomgått operasjon. Aktuelle personer vil få informasjon og forespørsel om å delta i studien på "ettårsmøtet" i regi av Lærings- og Mestringssenteret, Aker universitetssykehus HF.

Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer og hvilke utfordringer du har møtt/møter i ditt daglige liv. Eksempelvis hvilken innvirkning og betydning operasjonen har hatt for deg når det gjelder spisevaner, opplevelse av raskt vekttap, fysisk aktivitet, forhold til andre med mer.

Jeg vil bruke båndopptaker og eventuelt ta noen notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent 1-1 ½ time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med i prosjektet og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Å si nei til deltakelse, eller å trekke seg underveis, vil ikke få noen konsekvenser for videre behandling eller kontakt med sykehus/lege. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne deg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, senest 31.12.07.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på tlf. 22 15 39 24 eventuelt mobil 41 93 43 61, eller sende en e-post til [annelise.hustadnes@chello.no](mailto:annelise.hustadnes@chello.no). Du kan også kontakte min veileder Grethe Støa Birketvedt tlf. (kan du fylle ut tlfnr her? ..... ved Aker universitetssykehus HF.

Med vennlig hilsen

Anne Lise Hustadnes  
Hegermannsgt. 16, oppg. 2  
0478 Oslo.

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien som omhandler enkeltpersoners erfaringer med kirurgi som overvektsbehandling, og ønsker å stille på intervju.

Signatur .....

Telefonnummer .....

Undertegnes i to eksemplarer; et sendes meg, det andre beholder du selv.



Vedlegg 2b

**FYLLES UT OG TAS MED PÅ INTERVJUET****BAKGRUNNSOPPLYSNINGER:**

(Informant nr. ...)

Navn.....

Kjønn:

Alder:

Sivilstand:

Antall barn:

Barns alder:

Yrkesaktiv: Ja/ Nei    Yrke: .....    Stillingsprosent:...

Overvektig som barn    Ja /Nei

Overvektig som ungdom    Ja/nei

Hvis utvikling av overvekt som voksen, hvor lenge siden?

Spesiell hendelse forut for at du begynte å legge på deg?

.....

.....

.....

.....

.....

Operasjon måned/år.....

Høyde.....

Vekttap i forbindelse med "diett" før operasjonen.....

Vekt før operasjonen:.....

Vektreduksjon etter 3 mnd:

Vekt i dag:.....



Vedlegg 3a



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

KOPI

Stipendiat Gro Rugseth  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Pb. 1153 Blindern  
0318 Oslo

Regional komité for medisinsk forskningsetikk  
Sør- Norge (REK Sør)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

**Dato:** 24.06.06  
**Deres ref.:**  
**Vår ref.:** S-06252

Telefon: 228 44 666  
Telefaks: 228 44 661  
E-post: [rek-2@medisin.uio.no](mailto:rek-2@medisin.uio.no)  
Nettadresse: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

**S-06252 Pasienters erfaringer etter kirurgi som ledd i behandling av sykkelig overvekt hos voksne**

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte torsdag 14.06.06.

Komiteen har ingen merknader til prosjektsøknaden.

Komiteen har følgende merknader til pasientinformasjon:

1. I det første avsnittet i pasientinformasjonen bør det komme tydelig fram hvordan informanten er rekruttert.
2. Det skal oppgis endelig dato for sletting av lydbånd.
3. Det bør stå at data anonymiseres, og at det ikke vil være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner i mastergradsoppgaven.
4. Det bør informeres om at det å si nei til deltagelse, eller å trekke seg underveis, ikke får noen konsekvenser for videre behandling eller kontakt med sykehus/lege.
5. Samtykkeerklæringen bør kun inneholde samtykket. Deltakerne skal ved sin underskrift ikke behøve å stadfeste annet enn å ha mottatt informasjon om prosjektet og at de ønsker å delta. Deltakerne skal ha kopi av både informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Vedtak

Under forutsetning av at prosjektleder tar hensyn til merknadene ovenfor, tilrår komiteen at prosjektet gjennomføres. Revidert pasientinformasjon sendes komiteen til orientering.

Med vennlig hilsen

Kristian Hagestad  
Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med  
Fungerende leder

Jørgen Hardang  
Sekretær

Kopi: Mastergradstudent Anne Lise Hustadnes, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag,  
Universitetet i Oslo, Pb. 1153 Blindern

Vedlegg 3b



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Dr. med. Grethe Støa Birketvedt  
Aker universitetssykehus  
Nasjonalt senter for læring og mestring  
Tronheimsven 235 Bygg 41 B  
0514 Oslo

**Regional komité for medisinsk forskningsetikk**  
**Sør- Norge (REK Sør)**  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 228 44 666

Telefaks: 228 44 661

E-post: [rek-2@medisin.uio.no](mailto:rek-2@medisin.uio.no)

Nettadresse: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

**Dato:** 16.10.06

**Deres ref.:**

**Vår ref.:** S-06252

S-06252 Pasienters erfaringer etter kirurgi som ledd i behandling av sykelig overvekt hos voksne

Vi viser til brev datert 26.9.06 fra stipendiat Gro Rugseth vedlagt signert kopi av søknad og e-post av 3.10.06 vedlagt revidert informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Komiteen tar til etterretning av Dr. med. Grethe Støa Birketvedt blir leder for prosjektet.

Komiteen har ingen merknader til revidert informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

*Kristian Hagestad*

Kristian Hagestad  
Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med  
Fungerende leder

*Jørgen Hardang*  
Jørgen Hardang  
Sekretær

Kopi: ☒ Mastergradstudent Anne Lise Hustadnes, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag,  
Universitetet i Oslo, Pb. 1153 Blindern  
Stipendiat Gro Rugseth, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo, Pb.  
1153 Blindern, 0318 Oslo

Vedlegg 3c



# UNIVERSITETET I OSLO

## DET MEDISINSKE FAKULTET

Dr. med. Grethe Støa Birketvedt  
Aker universitetssykehus  
Nasjonalt senter for læring og mestring  
Tronheimsven 235 Bygg 41 B  
0514 Oslo

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk Sør-Øst A (REK Sør-Øst A)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 84 46 66

Dato: 20.12.2010  
Deres ref.:  
Vår ref.: 2010/3128

E-post: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

S-06252 Pasienters erfaringer etter kirurgi som ledd i behandling av sykelig overvekt hos voksne

Det søkes om å endre sluttdato for prosjektet til 31.06.2011 og informeres om bytte av hovedveileder til Elisabeth Fransson.

Myndighet til å fatte beslutninger angående informasjonsbehandling i forskningsprosjekter er ifølge helseforskningsloven flyttet fra Datatilsynet/personvernombud og Helsedirektoratet til REK.

Det forutsettes at det i dette prosjektet foreligger tillatelse fra personvernombudet til behandling og oppbevaring av personsensitive opplysninger for forskning innenfor den opprinnelige prosjektperioden.

### Vedtak:

Komiteen godkjenner at prosjektet videreføres i samsvar med det som framgår av søknaden om prosjektendring og i samsvar med de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Godkjenningen omfatter også forlengelse av tillatelse til innsamling og oppbevaring av helseopplysninger i samsvar med de vilkår som opprinnelig ble fastsatt av personvernombudet.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Personidentifiserbare data slettes straks det ikke lenger er behov for dem og senest ved prosjektets avslutning.

Godkjenningen gjelder til 31.06.2011. Prosjektet skal sende sluttmelding, se helseforskningsloven § 12, senest 6 måneder etter at prosjektet er avsluttet.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen (sign)  
Professor  
Leder

Anne Schiøtz Kavli  
Førstekonsulent

Kopi: [elisabeth.fransson@medisin.uio.no](mailto:elisabeth.fransson@medisin.uio.no), anne [lise.hustadnes@getmail.no](mailto:lise.hustadnes@getmail.no)

Vedlegg 3 d



REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region: Saksbehandler: Telefon:  
 REK sør-øst A Jørgen Hardang 22845516

Vår dato: Vår referanse:  
 24.11.2011 2011/3128a  
 Deres dato: Deres referanse:

Dr. med. Grethe Støa Birketvedt  
 Aker universitetssykehus  
 Nasjonalt senter for læring og mestring  
 Tronheimsven 235 Bygg 41 B  
 0514 Oslo

2011/3128 Pasienters erfaringer etter kirurgi som ledd i behandling av sykkelig overvekt hos voksne (S-06252)

Vi viser til e-post mottatt 2.11.2011 angående forlengelse av prosjektperioden.

Vedtak:

Komiteen godkjenner at prosjektperioden forlenges til 31.12.2011.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen (sign.)  
 professor dr. med.  
 leder

*Jørgen Hardang*  
 Jørgen Hardang  
 seniorrådgiver

Kopi: [elisabeth.fransson@medisin.uio.no](mailto:elisabeth.fransson@medisin.uio.no), [annelise.hustadnes@gmail.no](mailto:annelise.hustadnes@gmail.no)

Besøksadresse:  
 Gullhaug torg 4A  
 0484 Oslo

Telefon: 22845511  
 E-post: [post@helseforskning.etikk.no](mailto:post@helseforskning.etikk.no)  
 Web: <http://helseforskning.etikk.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Vedlegg M

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Kristin Heggen  
Seksjon for helsefag  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 20.10.2006

Vår ref: 15463/KS

Deres dato:

Deres ref:

**TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.09.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15463	<i>Pasienters erfaringer etter kirurgi som ledd i behandling av sykkelig overvekt hos voksne</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kristin Heggen</i>
Student	<i>Anne Lise Hustadnes</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.


Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Næmtvedt Kvalheim

  
Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Anne Lise Hustadnes, Hegermannsgate 16 - Oppgang 2, 0478 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

## Personvernombudet for forskning, NSD



### Prosjektvurdering - Kommentar

15463

I prosjektet vil det bli registrert sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Prosjektslutt er angitt til 31.12.07. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger lenger foreligger i materialet. Koblingsnøkkel og lydbånd slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet slettes eller kategoriseres i vide kategorier.

Ombudet ber om at følgende føyes til i informasjonsskrivet:

- At prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste og Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

